

940
1 30
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 14

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MADELEINE HIRSCH

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 3 Décembre 1887

DOULEURS CELLULITIQUES ET MÉNopause

(Contribution clinique à l'étude de la douleur)

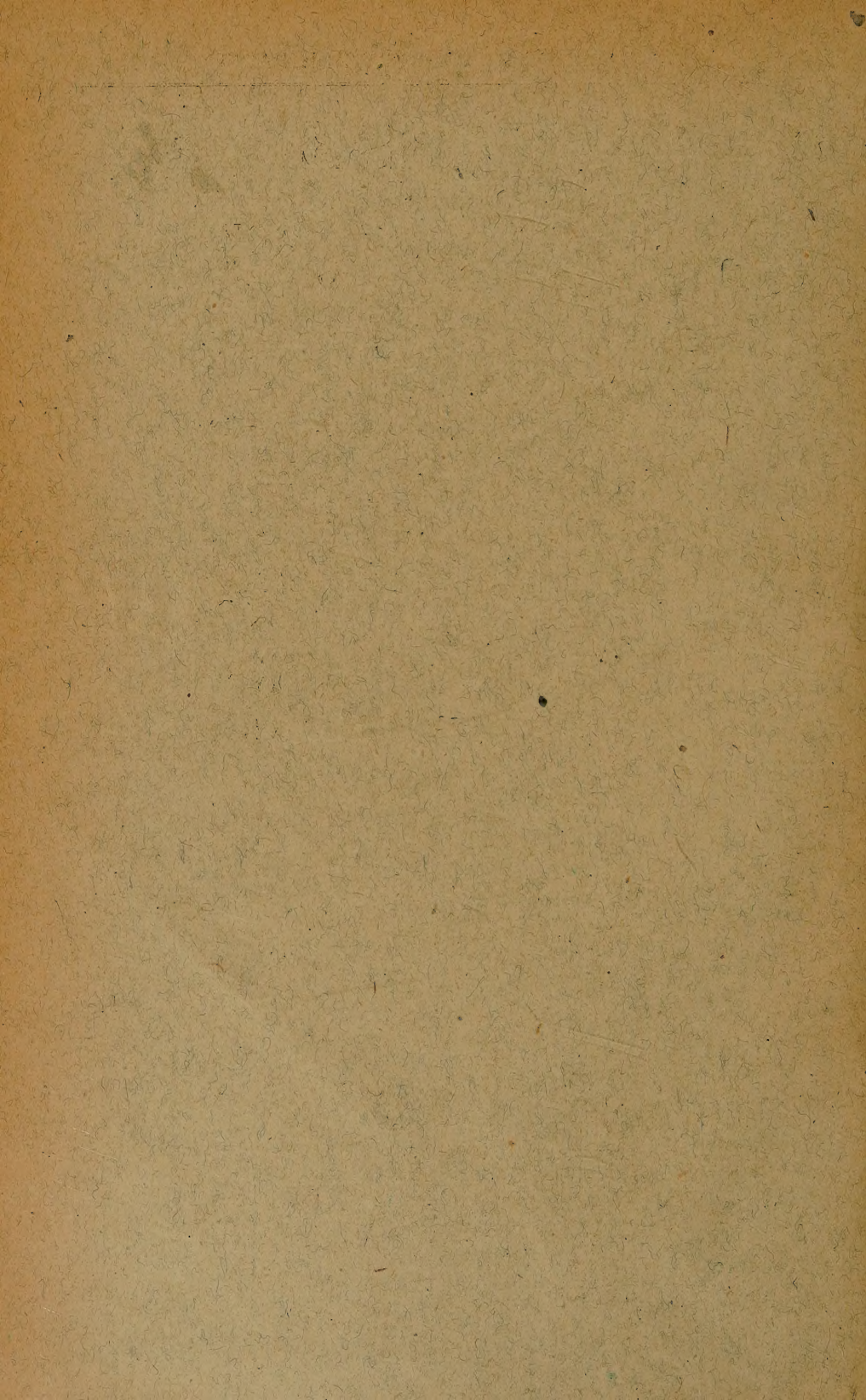
Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1825

1825

1825

ANNÉE 1928

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MADELEINE HIRSCH

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 3 Décembre 1887

DOULEURS CELLULITIQUES ET MÉNopause

(Contribution clinique à l'étude de la douleur)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBÉT.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	HOVELACQUE . . .	Anatomie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	HUTINEL	Pathologie médicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BINET	Physiologie.	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryng gie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CHABROL	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE,
LE SOUS-LIEUTENANT ETIENNE HIRSCH
TOMBÉ EN CHAMPAGNE EN 1915

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

*que je remercie pour l'honneur
qu'il me fait en acceptant de pré-
sider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉOPOLD LÉVI
ANCIEN INTERNE-LAURÉAT DES HOPITAUX

*qui m'a soutenue, guidée, éclairée,
pendant mes études et qui a ins-
piré le sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUREY

CHEF DE SERVICE DE KINÉSITHÉRAPIE
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

*à qui j'exprime ma gratitude pour
les connaissances médicales pro-
fondes que j'ai acquises auprès
de lui et pour l'enseignement
que j'ai tiré de sa grande expé-
rience.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEILL

MÉDECIN DES HÔPITAUX

*que je remercie de m'avoir ouvert
son service et de m'avoir aidée
dans mon travail.*

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Stages

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Externat

1922-23 MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

1923-24 MONSIEUR LE DOCTEUR GUY-LAROCHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE

1924-25 MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

1925-26 MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBÉ

1926-27 MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT

1927-28 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. SCHWARTZ

A MESSIEURS LES DOCTEURS : TINEL, *Médecin des Hôpitaux*; MOULONGUET et JACQUES-CHARLES BLOCK, *chirurgiens des hôpitaux*.

A MESSIEURS LES DOCTEURS : JEAN VINCHOW, PIERRE KAHN, SAINT-GIRONS, BITH, RABUT, JACQUES DALSACE, OURY, HENRI DUVALL, M^{lle} LE DOCTEUR VOUAUX ET M^{me} LE DOCTEUR MÉNARD.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR
JOSUÉ
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

Avant-propos

Les observations qui ont servi de base à ce petit travail ne concernent pas des malades à proprement parler, mais de petits états morbides, des états douloureux propres à certains tempéraments.

C'est une modeste contribution à l'étude de la douleur que nous désirons apporter, et si nous la plaçons dans ce cadre *douleur de la ménopause*, c'est que les deux sujets nous ont paru se rejoindre.

La pensée nous en est venue, d'une part, au cours de l'étude de la cellulite que nous faisons sous la direction de M. Durey au service de kinésithérapie de l'Hôtel-Dieu; d'autre part, au cours des consultations quotidiennes de médecine de l'hôpital Saint-Antoine. A l'Hôtel-Dieu, M. Durey, fort d'une longue expérience, ne manque jamais de s'enquérir, chez les malades douloureuses qu'il examine, de l'état de leurs fonctions menstruelles. A Saint-Antoine, M. M.-P. Weill attira notre attention sur le fait que, lorsque commençait la consultation des femmes, un grand nombre des malades se présentaient parce qu'elles avaient « des douleurs », alors qu'au contraire, la proportion des douloureux était peu élevée parmi les hommes, même aux environs de l'âge critique.

Parmi ces femmes, la majorité d'entre elles était à l'époque de la ménopause ou avait subi une castration chirurgicale ou radiothérapique; elles présentaient soit des

dysovaries nettes, soit des troubles endocriniens où le désordre était plus complexe.

Parmi ces douloureuses ménopausiques, beaucoup étaient des *cellulitiques*.

Ainsi avons-nous été tenté de décrire cette *cellulite de la ménopause* parce qu'elle nous a paru se présenter :

— Avec une grande fréquence;

— Sous son aspect objectif le plus facilement décelable;

— Parce que la ménopause accentuant souvent le tempérament individuel des femmes, l'affection se présente sous un aspect moins complexe, presque organisé.

Sa fréquence à cette période oriente forcément la pensée vers les troubles neuro-glandulaires et que le lien de la cellulite et des troubles endocriniens nous semble s'imposer.

— Enfin parce que cette étude de la forme la plus simple de la cellulite achemine vers des formes plus complexes où la cellulite d'une part, les troubles qui la causent d'autre part, sont plus difficiles à discriminer et réclament une thérapeutique de plus en plus nuancée.

Historique de la Cellulite

S'il est une notion établie pour la cellulite, c'est celle de son origine suédoise.

Les kinésithérapeutes suédois ont, les premiers, décrit ce qu'ils sentaient sous les doigts et guérissaient par les massages dans certains cas douloureux. Leurs descriptions remontent à une cinquantaine d'années. Il faut citer les noms de HELLEDAY, HELSCHEN, NORSTROM; ce dernier a été traduit et a publié en Français ; KLEEN, KOELLBERG, JOSEPHSON, VIDERSTROM.

Ces auteurs ont donné des noms divers à ce qu'ils décrivaient : *Nodule sous-cutané, myite, myo-cellulite, cellulite, panniculite.*

En 1843, un Allemand, FRÖRIE, décrit des nodosités qui sont d'évolution aiguë et semblent en rapport avec une affection rhumatismale aiguë.

Les descriptions se rapportant à la cellulite remontent en Allemagne à une quarantaine d'années avec ROSEN-BACH. Des recherches histologiques furent faites par AUER-BACH. CORNELIUS, contemporain des auteurs français qui les premiers s'occupèrent de la cellulite, décrit les « *nervenpunkte* » qui semblent avoir un siège plus musculaire que sous-cutané.

En 1893, les méthodes de Thure-Brandt qui pratiquait la kinésithérapie gynécologique à l'Institut Central de Gymnastique de Stockholm, furent étudiées sur place par

STAPPER qui pratiqua la méthode en France. STAPPER fut la tête de file des spécialistes français qui étudièrent la cellulite.

De ce qui était un simple fait de pratique professionnelle chez les masseurs suédois, les Français ont dégagé, par leur observation rigoureuse, les suggestions et les notions les plus profondes et les plus vastes de physiopathologie générale : nous ne saurions assez dire notre admiration pour l'œuvre de STAPPER et de WETTERWALD, d'ALQUIER, de DUREY qui, lui, nous fait connaître et comprendre la question.

De nombreuses thèses ont été écrites depuis la première où soit prononcé le mot cellulite écrite par KRIKORTZ, Suédois de naissance, mais étudiant en France.

Les Anglo-Saxons se sont occupés également de la cellulite : recherches anatomiques par STOCKMANN; descriptions cliniques par YAWGER, MAXWEL TELLING, BALFOUR.

Est-ce à dire que seuls les spécialistes ont observé la cellulite dans sa classification du rhumatisme chronique à lui donner une sanction thérapeutique. On entrevoit ailleurs sa description chez nombre d'auteurs : qu'est-ce que les œdèmes rhumatismaux, pseudo-lipomes symétriques des membres inférieurs et de l'abdomen décrits par MATHIEU dans les Archives Générales de médecine en 1885 ? Les œdèmes aigus de la peau, décrits par COURTOIS-SUFFIT dans la gazette des Hôpitaux en 1890 ? Cet article renferme des faits de maladie de QUINCKE, mais des faits dégradés qui ne sont que ceux que d'autres appellent la congestion cellulitique. BATHERY fait entrer la cellulite dans sa classification de rhumatisme chronique (Journal Médical français, 15 mai 1913).

Ce que certains auteurs classent dans la forme nodulaire de la maladie de Dercum répond aux descriptions faites par d'autres sous le nom de cellulite.

Le 13 avril 1923, HARTENBERG fait un rapport sur la cellulite à la Société de Médecine de Paris.

Rapport et discussion englobent tout ce qui peut être dit sur la question.

Ce que chacun tente de faire, c'est d'individualiser la cellulite; ceci peut sembler facile pour une entité nosologique *palpable*, et pourtant ce simple petit fait de pratique soulève, chez chaque auteur qui l'aborde, les problèmes les plus complexes touchant la douleur, les tempéraments, les infections et les diathèses.

La Cellulite

Cellulite est le terme actuellement consacré par l'usage pour désigner un processus anatomopathologique siégeant dans le tissu sous-cutané ou sous-muqueux.

STAPPER l'a définie : « OEdème localisé, douloureux, » apyrétique du tissu conjonctif, sans tendance à la » puration. Le mot est vieux, je l'ai adopté pour synthé- » tiser dans une seule appellation les modes et degrés di- » vers d'une même manifestation pathologique, ordinai- » rement chronique, aiguë par exception : son principe » est l'altération du tissu conjonctif, elle débute par la » congestion ».

Cette définition renferme toute l'histoire clinique de la cellulite, histoire clinique que nous n'oserions reprendre après toutes les descriptions animées des conceptions les plus profondes qui en ont été faites; nous n'avons ici que le désir de présenter un type de maladie douloureuse de pratique quotidienne d'hôpital et de ville.

Il y a pas lieu de revenir sur ce qu'a d'équivoque le terme cellulite : si la notion est actuellement répandue qu'il n'y a de commun que le siège avec le phlegmon diffus, la désinance *ite* n'en est pas moins à déplorer du fait qu'elle oriente vers l'idée d'un processus inflammatoire, voire même infectieux, quand tout ce qui a été dit de la cellulite en fait une diathèse, notion consacrée au récent congrès de l'arthritisme tenu à Vittel.

N'ayant pour but au cours de cette étude de la cellulite que de dégager un type clinique, nous ne nous sommes pas attachée à faire des recherches histo-chimiques de la lésion sous-cutanée; elles seraient à reprendre. Les examens faits jusqu'à présent sur le cadavre n'ont rien montré; la lésion disparaîtrait post-mortem.

L'étude anatomique de « la cellulite abdomino-pelvienne » faite par GEOFFROY-SAINT-HILAIRE (thèse Paris 1898) a montré des lésions de congestion du tissu cellulaire sous-muqueux.

ARAN (Clinique des maladies de l'utérus) a trouvé le tissu cellulaire infiltré de sang, de lymphes, du tissu cellulaire induré avec des noyaux fibro-plastiques.

En fait, les études histologiques seraient à reprendre en employant les procédés de coloration récents pour dépister les lésions nerveuses, pour classer les différents types d'altération conjunctivo-graisseuse; enfin il serait intéressant de préciser la nature histo-chimique des précipitations nodulaires.

ALQUIER estime qu'il s'agit d'un engorgement lymphatique et que les nodosités sont de nature lymphatique également. Les vaisseaux lymphatiques prennent probablement part au processus, mais il ne s'agit là que d'une hypothèse qui mérite vérification.

Cliniquement, nous décrirons deux formes de *cellulite* : une forme *infiltrante chronique* qui peut elle-même se présenter sous différents aspects, une forme *congestive aiguë* ou *subaiguë*, évoluant par *poussées*. Cette division est actuellement classique.

Ces différentes formes s'observent successivement ou simultanément sur les mêmes sujets, mais il ne nous semble pas possible d'affirmer que la forme congestive soit le mode de début de la forme infiltrante. Elles sont toutes deux conditionnées par le même tempérament morbide, ou par des modalités, des variations de ce même tempérament.

Bien que l'observation ait prouvé que, pour la forme chronique tout au moins, la lésion cellulitique précède la douleur, en pratique, c'est toujours un malade douloureux que l'on est appelé à examiner.

Les caractères de cette douleur cellulitique ?

Un début progressif, continu mais remontant à une époque bien précisée, ou une assez brusque aggravation d'un état légèrement douloureux ancien. Sur ce fond douloureux, des exacerbations, des crises.

Parfois un début brutal, précis, une douleur vive, évoluant par poussées. Il est un point sur lequel nous insistons c'est qu'il existe toujours un *fond de douleur continue*.

A ces deux modalités douloureuses, correspondent les deux aspects objectifs auxquels nous avons fait allusion : la cellulite infiltrante chronique, la cellulite congestive.

Cette douleur n'a jamais le caractère d'atrocité de certaines névralgies-névrites, c'est surtout le fond de continuité qui la rend pénible, agaçante, déprimante insupportable. C'est, soit une sensation de douleur profonde, de pesanteur, le « membre est lourd » ; parfois c'est une douleur brûllante, picotante, parfois même un véritable rongement. Remarquons en passant, que la douleur picotante et démangeante est celle que certains physiologistes attribuent à la sensation douloureuse de la partie la plus superficielle de la peau.

D'après Thunberg, physiologiste suédois, il y aurait deux sortes de points de douleur, deux sortes de terminaisons nerveuses adaptées à cette excitation, les unes superficielles, ne donnent jamais, pour toute excitation, qu'une sensation de piqure; les autres, plus profondes, sont plus sensibles à la pression que les premières et manifestent leur excitation par une douleur sourde. (GLEY, *Traité de Physiologie*, 4 édition, tome II, page 840.)

Ces caractères de continuité déprimante avec picote-

ments, brûlure, sont ceux de l'algie sympathique. La douleur cellulitique est une *algie sympathique*. Comme celle-ci, elle irradie; ces irradiations ont une étendue et des sièges variables selon les moments, mais le siège initial de la douleur, siège de l'épine irritative causale, est remarquablement fixe tant qu'il n'a pas été traité.

Comme l'algie sympathique, la douleur cellulitique est cause d'un désordre envahissant ou fait partie d'un déséquilibre neuro-végétatif plus ou moins généralisé.

Elle a un retentissement psychique; est associée à un dysfonctionnement viscéral ou peut être la cause de *sympathoses*, selon la formule de LAIGNEL-LAVASTINE : *sympathoses causées soit par le déséquilibre, lui-même cause de la cellulite, soit en rapport avec le siège de la cellulite*; toutes ces considérations orientent, nous le verrons, des interprétations thérapeutiques.

Autre caractère d'algie sympathique, la douleur cellulitique est exacerbée ou réveillée par les émotions, la fatigue, les variations barométriques, le chaud ou le froid. Ajoutons le décubitus ou certaines positions quand le siège de la douleur est siège de pression. C'est dire que cette douleur a une cause locale qu'il faut savoir reconnaître. Enfin l'approche des règles chez la femme.

Le malade désigne parfois avec précision les sièges de la douleur qui sont aussi celui de la cellulite; plus souvent, il désigne une région, un membre, le thorax, l'abdomen, et il faut savoir qu'une douleur diffuse, étendue, correspond souvent à une lésion cellulitique de peu d'étendue.

Par contre, la lésion cellulitique peut être beaucoup plus étendue que la douleur; il est fréquent de trouver chez un sujet se plaignant d'une douleur limitée, des régions infiltrées de cellulite n'ayant jamais donné lieu à aucune manifestation douloureuse. Il est bon, ne fût-ce que pour affermir son diagnostic, d'examiner toutes les

régions d'élection de la cellulite chez un sujet qui se plaint de « douleurs ».

Ceci confirme ce que nous disions de la préséance de la lésion anatomique sur la douleur. Quels sont leurs rapports exacts, quels sont les facteurs déterminants de la douleur ? C'est là le problème que pose la cellulite, c'est celui de la douleur même.

La cellulite peut se trouver en n'importe quel point de la surface du corps, mais il est des sièges d'élection d'une certaine constance et le clinicien averti les explore d'emblée. Nous reviendrons ultérieurement sur ces sièges d'élection.

L'inspection des régions douloureuses donne peu ou pas de renseignements. Les attitudes antalgiques ne s'observent pas dans la cellulite pure, et si elles existent, elles sont le fait de contractures musculaires co-existantes mais non constantes. Parfois on note une légère assymétrie, une voussure des tissus, surtout dans la cellulite congestive. Nous avons observé une fois de véritables pseudo-lipomes de la taille d'une grosse noix devenant très douloureux lorsqu'ils étaient le siège de poussées congestives et disparaissant presque complètement entre ces poussées (obs. 18). Chez les cellulitiques femmes qui nous intéressent, surtout chez celles qui sont sujettes aux poussées congestives, on note fréquemment la présence de fines varicosités souvent associées à une fragilité spéciale des vaisseaux superficiels donnant les ecchymoses faciles; ces varicosités marquent souvent les sièges de la cellulite, sont de véritables témoins de l'altération anatomique cutanée et sous-cutanée. Au moment des poussées congestives la peau est parfois légèrement rosée et chaude. Par contre, elle est blafarde, de température plus froide que les régions symétriques, aux sièges de cellulite chronique infiltrante.

C'est la *palpation* qui est le véritable mode de diagnos-

tic de la cellulite. Elle réclame une sensibilité tactile acquise spéciale, très individuelle; mais n'en est-il pas ainsi de toute méthode sensorielle ? Durey en a donné récemment les directives. (*Paris Médical*, 17 décembre 1927) : « Procédés manuels d'exploration des couches sous-cutanées. »

Il faut prendre la peau dans toute son épaisseur en plis plus ou moins larges, avec douceur, l'étirer en la faisant rouler entre la pulpe des doigts; et on jugera ainsi de sa souplesse et de l'état des couches cellulaires sous-cutanées, étude à faire, naturellement, par comparaison avec des régions symétriques ou voisines : s'il y a de la cellulite, quelle que soit sa forme, on réveillera ou on augmentera toujours, par cette manœuvre, le mode douloureux dont se plaint le malade.

La cellulite congestive n'est pas à proprement parler une cellulite, elle ne se limite pas au tissu cellulaire sous-cutané : peau et tissus cellulaires sont, quand on en fait le pli, durs, non élastiques, infiltrés dans l'ensemble, jamais fluctuants, *ne gardant jamais le godet*.

Dans ce cas, douleur et empâtement surviennent simultanément, de façon aiguë (obs. 25).

Si nous avons pu retrouver cette forme congestive à l'anamnèse de certaines cellulitiques anciennes, il s'en faut que ce soit là le mode de début constant de la cellulite chronique; par ailleurs elle s'observe survenant à titre de poussées congestives chez des sujets porteurs de la forme chronique que nous allons maintenant brièvement décrire.

Au lieu de lâcheté habituelle du tissu cellulaire sous-cutané, une infiltration assez dure blinde une étendue variant d'une pièce de monnaie à un ou plusieurs travers de main; toujours douloureuse, parfois très douloureuse à la palpation; ou bien c'est une infiltration plus lâche, rénitente, élastique, comme expansive, mais caractère

important, ne gardant jamais le godet, il ne s'agit pas d'un œdème.

Un troisième type de cellulite est réalisé par les nodosités. Du point de vue physique, c'est la forme la plus facile à reconnaître.

Noyées dans l'infiltration sous-cutanée plus ou moins serrée, des nodosités d'un volume variant de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette, qu'on délimite facilement, de nombre également très variable; toujours très douloureux à la palpation. Si l'on serre l'examen de près, on se rend compte, comme le fait remarquer Wetterwald, que ce ne sont pas les nodosités elles-mêmes qui sont douloureuses, mais le tissu cellulaire qui les entoure et en particulier le tissu sus-jacent. Il faut savoir qu'un seul de ces noyaux peut toutefois entretenir une douleur diffuse, tenace.

Seule la manœuvre du pli de la peau est légitime pour diagnostiquer la cellulite; il est évident que l'appui digital réveille la douleur et permet de percevoir la cellulite, mais peut, naturellement, s'il n'est pas très léger, entraîner toutes les erreurs.

Les spécialistes de la question terminent toujours l'examen des cellulitiques par l'exploration de la douleur aux espaces de conjugaison vertébrale sur le territoire correspondant à la douleur, ou pour la douleur cervico-occipitale, les points de sortie des branches postérieures des premières paires cervicales; le doigt exercé doit, du reste, percevoir en ces points un certain degré d'empâtement des tissus, la cellulite devant être surtout un diagnostic positif. L'on objectera, en effet, qu'il s'agit là du mode d'exploration habituel des névralgies telle que l'a décrit VALLEIX. Nous sommes, en effet, à la limite *névralgie et cellulagie*, distinction que nous reprendrons au diagnostic de la cellulite, distinction qui n'a pas seulement un intérêt de classification nosologique, mais une sanction thérapeutique.

A l'empâtement sous-cutané et à la cellulite congestive surtout, s'associe souvent un degré de contracture musculaire, contracture qui n'est pas constante et qu'on sent se résoudre sous les doigts qui massent.

Il convient de rapprocher de la cellulite et de cette contracture musculaire associée, une entité nosologique dite *myo-cellulite* ou *myosalgie* qu'il faut peut-être identifier au rhumatisme musculaire, qui se rapproche peut-être aussi de certaine description de l'auteur allemand CORNELIUS, intitulée *nervenzucke*.

Au sein d'une région douloureuse, localisé peut-être dans un muscle ou dans l'aponévrose, le doigt peut percevoir à la palpation un nodule qui s'entoure d'une zone de contracture musculaire; cette contracture s'amplifie, s'étend sous l'empire de la douleur provoquée par la palpation du nodule. Cette myo-cellulite semble parfois conditionnée par les mêmes troubles morbides que la cellulite, mais ne lui est pas si superposable que nous ne la reprenions au chapitre diagnostic.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS SOUS-CUTANÉES

Du point de vue nosologique, il faut, jusqu'à nouvel ordre, s'en tenir à ces cadres; seuls ces types de cellulite correspondent au même tempérament morbide et s'individualisent bien.

Le tissu cellulaire sous-cutané peut être le siège de processus pathologique très variés.

Nous ne pensons pas qu'il soit légitime de faire rentrer dans le cadre *cellulite* les troubles trophiques post-phlébitiques, la péri-phlébite, les troubles trophiques secondaires aux névrites. Cliniquement, l'empâtement post-phlébitique douloureux se distingue de la cellulite : c'est une augmentation de volume du membre tout entier qui forme un bloc et qui souvent garde le godet.

Une chaîne relie peut-être tous ces états, mais ils ne répondent pas au tableau clinique que nous essayons d'individualiser.

Les nodosités cellulitiques ne nous semblent pas cliniquement répondre au névrome, d'étiologie différente, de topographie nerveuse plus précise, seules des coupes histologiques fines pourraient trancher la question et dire la part de lésions névritique qui entre dans ces nodosités.

L'adipose douloureuse, maladie de Dercum, nous apparaît, comme à Wetterwald, qui insiste sur ce point, comme un état maximum de cellulite : d'autant plus qu'elle est certainement conditionnée par des désordres neuro-glandulaires, témoin son extrême fréquence à la ménopause. On a, du reste, décrit comme maladie de Dercum les faits les plus disparates depuis l'adipose segmentaire diffuse, jusqu'à l'adipose nodulaire qui, celle-ci, ne se différencie pas de ce que d'autres auteurs décrivent sous le nom de cellulite.

LES SIÈGES D'ÉLECTION LES PLUS FRÉQUENTS DE LA CELLULITE

Ainsi que nous le signalions, la cellulite peut s'observer en n'importe quel point du corps, mais il est des sièges d'une telle fréquence que le clinicien averti les explore d'emblée.

Pour la douleur cervico-occipitale, les bords du trapèze et du sterno-clédo-mastoïdien avec douleur vive à la sortie des branches postérieures de C₁ et C₂.

Pour la douleur thoracique : la fosse sus-épineuse, la région inter-scapulo vertébrale, la pointe de l'omoplate, et, partant de là, une bande de largeur variable contournant en écharpe la ligne axillaire, atteignant en avant le rebord costal; le bord inférieur des fausses côtes. La paroi abdominale est un siège fréquent, surtout dans la

région péri-ombilicale. Au membre supérieur : la région deltoïdienne, la région des tendons radiaux; aux membres inférieurs, la fesse, la face externe de la cuisse, le bord interne du genou, le bord interne de la crête tibiale, la région des tendons péroniers, les régions péri-malléolaires internes et externes.

Les cellulitiques sont presque tous des lumbalgiques : le diagnostic de cellulite de la région lombo sacrée est délicat. Les tissus sont dans cette région naturellement denses, la peau très épaisse. Deux points sont constamment douloureux à l'appui du doigt : ils correspondent à l'articulation sacro-iliaque, mais ne sont pas articulaires, car la douleur est réveillée très superficiellement. La palpation rend tout de même compte d'un manque de mobilité du derme sur les plans sous-jacents. Il y a sans aucun doute une cause superficielle sous-cutanée à ces lumbalgies, car la manœuvre d'assouplissement des tissus soulage et guérit.

Nous avons observé, chez un homme, une douleur sacro-coccygienne entretenue par un épaissement sous-cutané de l'étendue de la phalange du petit doigt dans la région du coccyx.

LE DIAGNOSTIC DE LA CELLULITE

Ce diagnostic se présente sous différents aspects.

Soit une malade douloureuse, sans aucune manifestation d'ordre viscéral; tous examens négatifs, toute suspicion d'atteinte organique profonde écartée : il s'agit d'une algique.

Cellulite et douleur articulaire. — L'examen des articulations est parfois difficile, l'empâtement cellulitique péri-articulaire associé souvent à un léger degré de contracture musculaire, peut donner le change pour une li-

mitation des mouvements; cette cause d'erreur ne résiste pas à un examen soigneux; on obtient vite un relâchement musculaire qui permet de constater l'entière liberté et l'indolence des mouvements articulaires. La recherche des points douloureux osseux est rendue délicate par la douleur des tissus mous. Les radiographies, en cas de cellulite, nous ont toujours montré l'intégrité de l'article, l'absence de lésion ostéophytiques, de crochets articulaires, de déformation vertébrale, d'ossification ligamentaire. L'association de la cellulite à une lésion ostéophytique est possible et à rechercher lorsque la topographie douloureuse n'est pas nettement en rapport avec les lésions osseuses décelées par la radiographie.

CELLULITE ET NÉVRITE

La *névrite* très caractérisée ne prête guère à discussion; la douleur de la cellulite n'a pas les caractères d'atrocité de certaines *névrites*, bien qu'en fait de douleur, les réactions soient très individuelles.

Dans la *névrite*, la douleur est réveillée nettement sur le trajet du nerf, elle est moins nette, mais non toujours absente au pincement de la peau; par ailleurs, c'est un diagnostic que l'on peut appuyer de tests neurologiques : modification des réflexes, et examens électriques, tous tests négatifs en cas de cellulite. Nous n'aborderons pas la question de réaction de dégénérescence par fatigue musculaire qui a été observée en cas de cellulite (DUREY), de fatigues musculaires qu'il faudrait du reste provoquer et qui entraînerait trop loin la discussion; nous ne resterons ici que sur le terrain clinique; si nous insistons un peu sur le diagnostic cellulite et *névrite*, c'est qu'une erreur est possible et que nous l'avons vu se produire : des troubles trophiques d'infiltration diffuse secondaire à une *névrite* furent pris pour une cellulite; le massage

désinfiltra en partie la région, mais la douleur persista avec la même violence, avec des caractères participant à la fois de l'atrocité profonde de la névrite et de la brûlure rongeante superficielle propre à l'algie sympathique.

CELLULITE ET NÉVRALGIE

Quant à la *névralgie*, les limites sont plus imprécises. Pour la *névralgie-névrite* à points douloureux et à topographie précise, la discussion se pose comme pour la *névrite*; mais il est une *névralgie* dite *névralgie-névrose* par les anciens auteurs, à douleur diffuse, si bien qu'il a fallu invoquer, pour l'expliquer, la sensibilité récurrente. Depuis VALLEIX les points douloureux pour chaque *névralgie* sont fixés : ce sont, pour la plupart, des points de sortie des filets nerveux; les mêmes points ont été décrits pour la cellulite (WETTERWALD) et il n'est possible de nier ni l'une ni l'autre de ces entités cliniques, non plus que de les identifier. Il est donc souvent difficile de déterminer par ce procédé d'exploration ce qui incombe, dans la douleur, à une lésion nerveuse, de ce qui incombe à une irritation péri-nerveuse, à la péri-névrite : cette péri-névrite étant, dans le cas qui nous intéresse, la cellulite ou la congestion.

Si nous serrons cette discussion de près, c'est qu'elle a une sanction thérapeutique et qu'il faut poser son diagnostic plutôt que d'user de l'épreuve « pierre de touche » d'un traitement douloureux.

Si l'irritation sympathique est due à un trouble secondaire à une *névralgie-névrite*, le traitement manuel n'est d'aucun secours et ne peut même qu'exaspérer la douleur. Si la *névralgie* est secondaire à une irritation cellulaire, par voie sympathique, le traitement manuel agissant sur la cause superficielle calme la douleur profonde.

La cellulite des espaces de conjugaison existe; la thèse

Le FORESTIER en fait foi, il l'a constatée au cours d'interventions pratiquées par M. ROBINEAU sur des malades souffrant de névralgie radiculaire. Il est donc possible que cette cellulite soit, dans certains cas, accessible aux manœuvres digitales et au traitement kinétique comme la cellulite sous-cutanée.

S'il n'y a, pour faire le diagnostic, que ces seuls points douloureux aux émergences nerveuses occipitales et aux trous de conjugaison, il est délicat d'affirmer cellulite.

Tel que nous le présentons, le diagnostic névrite et névralgie-cellulitique est trop schématiquement simplifié, une chaîne doit relier probablement tous ces états douloureux. Il est des cas où l'on trouve des lésions du tissu cellulaire associé à des points de névralgie sur un trajet nerveux d'exploration facile (radial dans sa gouttière par exemple); où l'on sent même un cordon nerveux comme augmenté de volume par la congestion; assez rapidement le trajet devient moins douloureux et il ne reste plus que la cellulite à traiter. Ce serait à notre avis étendre trop le domaine de la cellulite que d'assimiler le processus qui se produit au niveau du nerf à celui qui se produit au niveau du tissu cellulaire.

Nous verrons que partout ce problème d'interférence superficielle et profonde se pose pour la cellulite de cette façon complexe.

Pour individualiser la cellulite c'est sur le mode douloureux, le tempérament morbide, l'examen soigneux du malade en vue de dépister la cellulite en d'autres régions non douloureuses qu'il faut s'appuyer.

Les anti-névralgiques habituels échouent, du moins à titre curatif, en cas de cellulite. Une courte épreuve de traitement manuel peut servir de guide : il amorce rapidement le soulagement de la douleur, au moins au début; si après quelques séances, on n'obtient aucune amélioration, c'est qu'il s'agit d'autre chose.

La contracture musculaire en soi pose également un diagnostic, contracture dont le prototype est la *maladie de la crampe*; la contracture de la crampe s'observe associée à la cellulite, mais elle nous apparaît comme due à un processus tout différent, conditionnée par un autre tempérament morbide, les lésions centrales sont en discussion à ce sujet. Ce problème n'est pas à envisager ici, le seul rapprochement à faire est l'action du massage sur cette contracture.

Nous avons déjà mentionné, la *myo-cellulite*, myosatie, myosite; il s'agit évidemment de quelque chose de très voisin, malgré une différence nette à l'impression manuelle : souvent même tempérament morbide, même échec des analgésiques ordinaires, même succès du massage.

CELLULITE ET ALGIES SINE MATERIA

Enfin, il est des *algies* mobiles, transitoires, fugaces, de siège absolument variable et auquel l'examen physique ne peut assigner de localisation précise : cutanée, sous-cellulaires, nerveuse, articulaire ou musculaire. Elles surviennent également chez des déséquilibrés neuroglandulaires, s'observent fréquemment à la ménopause, et obéissent à l'opothérapie. La mobilité de ces algies les distingue facilement de la douleur cellulitique qui peut atteindre plusieurs territoires successivement ou simultanément, mais qui est fixe aux points atteints tant qu'elle n'a pas été traitée.

CELLULITE ET AFFECTIONS ORGANIQUES

Nous ne nous étendrons pas sur les erreurs diagnostiques auxquelles peut prêter la douleur cellulitique; il est évident que d'après son siège, elle peut simuler n'importe quoi.

Nombre de sujets souffrant de la pario-thoracique ont été suspects de bacillose; la localisation à l'hypocondre droit donne le change pour une atteinte vésiculaire...

Nous avons vu sur une cellulitique observée par nous, opérée de diastasis des droits, rechercher un appendice qui avait été enlevé au cours d'une hystérectomie pratiquée huit ans auparavant.

OBSERVATION I

Mars 1927. — Mme L., 46 ans, souffre de l'abdomen.

A. P. 1919. — Hystérectomie sub-totale pour salpingite. Depuis, douleurs abdominales survenant à intervalle variable. Depuis un an véritable crise. Amaigrissement.

La crise siège dans la fosse iliaque droite, irradiations abdominales et à la base du thorax, à droite. Pas de vomissement, tendance à la constipation. Céphalée fréquente. Somnolence, vertige. Jambes douloureuses.

Abdomen : mauvaise paroi, diastasis, des droits. Pincements douloureux, picotement, empâtement et nodosités cellulitiques. Examen négatif par ailleurs.

Réfection de la paroi, recherche de l'appendice négative.

Ces suggestions semblent puériles, car, d'une part, il suffit d'examiner une région plan par plan de la superficie à la profondeur, pour reconnaître ce qui appartient à la paroi et diagnostiquer la cellule si elle existe : *le diagnostic de la cellulite est avant tout un diagnostic positif*. D'autre part les affections viscérales ont leurs signes fonctionnels propres. Sous cet aspect, le problème paraît assez simple, il suffit de faire de bonne clinique et le devoir est de penser d'abord organiquement et si toute suspicion organique est écartée il faut chercher une autre cause à la douleur.

Mais il s'en faut que le problème soit toujours aussi

simple, car la cellulite peut être associée soit à une affection quelconque, soit à des complexes morbides qui posent les diagnostics les plus variés.

Associée à une autre affection ? Tout peut s'observer : Cellulite et infection locale; cellulite et infection généralisée; cellulite et affection diathésique : DAUSSET estime que la moitié des gouteux présentent de la cellulite; cellulite et affection hépatique; cellulite post-traumatique.

Nous ne voulons pas faire de fastidieuses énumérations, mais poser simplement la question. Y a-t-il simple coïncidence avec la cellulite ? L'affection associée a-t-elle agi à titre de cause déterminante ? La cellulite pré existait-elle ou au contraire est-elle devenue douloureuse sous l'influence d'une nouvelle atteinte morbide ? Quoiqu'il en soit, la cellulite ne coexistant pas d'une façon constante avec ces différentes affections, il faut donc des conditions, un tempérament prédisposants; ce tempérament est probablement celui qui conditionne la cellulite à l'état pur, telle que nous l'avons le plus souvent observée à l'âge critique.

CELLULITE ET COMPLEXE MORBIDE, c'est là que le problème se pose de la façon la plus délicate; c'est celui du tempérament qui conditionne la cellulite et dans certains cas les autres troubles associés; c'est celui que nous envisagerons succinctement au chapitre cellulite et troubles neuro-glandulaires.

Il semble toutefois qu'il puisse y avoir un rapport direct entre la cellulite et certains troubles fonctionnels de viscères sous-jacents. Des crises fonctionnelles cardiaques, tachycardie, pseudo-angor, ont regressé par traitement de la cellulite de la paroi précordiale (DUREY). Nous-mêmes avons vu, contre notre attente, des crises d'entéro-colite céder à un traitement de cellulite de la paroi abdominale (Obs. 7). Y a-t-il synergie entre l'inner-

vation sous-cutanée et l'innervation viscérale sous-jacente ? Les viscères ont-ils une projection nerveuse périphérique ? D'autres faits paraissent en faveur de cette hypothèse. Nous n'en citerons qu'un : différents auteurs publient des observations de douleurs causées par une lésion organique avérée, telle que cancer ou ulcère de l'estomac, gangrène pulmonaire, cholécystite, soulagées temporairement au moins, par des injections sous-cutanées de novocaïne dans la zone de projection du viscère atteint (*Presse Médicale*, n° 25, 1927 : L'anesthésie locale sous-cutanée dans le traitement des douleurs d'origine viscérales et séreuses, ROCH et FROMMEL).

Est-il possible d'invoquer un mécanisme inverse pour expliquer un trouble viscéral fonctionnel dans un viscère sous-jacent à une zone atteinte de cellulite, trouble apaisé par le traitement de la seule cellulite. Il y a là, comme pour la question névrite et cellulite, des questions d'interférence à étudier de près et qui sont peut-être destinées à éclairer le problème même de la douleur et de son traitement.

La conception projection périphérique de la douleur est du reste conforme à la conception psychologique et philosophique : la douleur est avertisseuse et défensive.

La complexité même de ce problème fait comprendre à quel point il est difficile d'individualiser ce qu'on appelle « cellulite » ; pourquoi, dans certains ouvrages, tels ceux de Wetterwald ou de l'Allemand Cornélius, douleur, névralgie, arthritisme, tempéraments morbides se confondent dans une vaste appellation qui pour le premier est *cellulite* pour le second *nervenpunkte*.

C'est que douleur périphérique et cellulite ont des limites bien imprécises, soumises, pour une part, aux différences de sensibilité digitale de celui qui palpe. Nous nous demandons même s'il y a rapport de cause à effet entre les modifications des couches cutanées et sous-cut-

nées et la douleur et non pas évolution parallèle et inconstante. Le fait est qu'il y a des cellulites non douloureuses et des douleurs périphériques sans cellulite, calmées par les mêmes manœuvres que la cellulite.

Pratiquement et peut-être réellement, le terme cellulite, se confond avec la douleur des tissus de revêtement. L'avantage de la cellulite serait en tous cas, de mettre sous les doigts les terminaisons nerveuses de la sensibilité périphérique.

Cette hypothèse est, du reste, une autre face de la question. Ici, nous essayons seulement d'individualiser un type de malade ce qui permettrait peut-être d'individualiser, en même temps, la cellulite.

Qu'est-ce en somme que cette cellulite ? Quelle situation convient-il de lui accorder ?

Il nous semble qu'elle se place entre une entité morbide et une réaction de pathologie générale.

Pas tout à fait une entité morbide bien qu'on puisse l'observer résumant à elle seule toute la maladie de certains douloureux; pas tout à fait une réaction de pathologie générale, car si on peut la trouver associée à un grand nombre d'affections, elle ne coexiste pas d'une façon constante avec ces affections, tous les malades soumis à ces causes ne présentent pas de cellulite; ce doit donc être une réaction pathologique particulière à certains tempéraments. Qu'est-ce qui différencie ces tempéraments ? Un déséquilibre neuro-glandulaire; c'est ce que l'observation des cellulitiques de l'âge critique et de la ménopause nous a semblé mettre en valeur.

Douleur cellulitique et Ménopause

Quand nous disons cellulite de la ménopause, nous envisageons, d'une part, la cellulite apparaissant à cette période critique de la vie de la femme dont l'arrêt des règles n'est qu'un jalon, et, d'autre part, celle de la ménopause consécutive à la castration chirurgicale qui reproduit certains des troubles de l'âge critique.

Si nous avons choisi pour étude initiale de la cellulite, celle qui apparaît à la ménopause, c'est, avons-nous dit, parce que nous avons été frappé de cette coïncidence; parce que, sur ces malades, nous avons pris plus facilement conscience de ce qu'est la cellulite du point de vue nosologique, nous avons appris à la palper car elle y réalise ses aspects les plus caractéristiques.

On trouve souvent réuni, chez une même malade, la forme fluxionnaire congestive, l'infiltration rémittente, les placards indurés, les nodosités noyées dans une infiltration plus ou moins dense.

Cette apparition à la ménopause fait que les femmes précisent le début de leur état douloureux; il n'est pas rare, que d'elles-mêmes, elles accusent l'arrêt des règles, « la mauvaise circulation ». On peut ainsi établir le cycle évolutif de cette douleur, il forme presque syndrome : déséquilibre neuro-glandulaire, cellulite, douleur.

Il n'y a point lieu de revenir sur la fréquence des états douloureux à la ménopause; depuis Hippocrate, tous les cliniciens ont été frappés de ce fait.

Nous avons relevé au hasard sur le registre d'observation de M. Mathieu-Pierre WEIL à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, observations prises sans idées préconçues de cellulite, des faits nombreux de douleur de la ménopause revêtant le caractère de l'algie sympathique, mentionnant l'absence de tout signe physique de localisation, l'examen du tissu cellulaire n'ayant pas été pratiqué. Nous reproduisons deux observations prises au hasard.

OBSERVATION 2

Mme K..., 43 ans, 6 octobre 1926.

Vient consulter pour œdème douloureux des jambes. Cet œdème est apparu il y a quelques mois, s'accroissant progressivement, non douloureux au début, devient douloureux depuis quelques semaines.

Examen : jambes grosses, ne gardant pas le godet. Troubles trophiques.

Le foie n'est pas gros.

Paroi abdominale hyper-sensible.

Rien au cœur.

Urines : albumine : néant.

A. P. — Il y a vingt ans, opérée d'un kyste de l'ovaire. Ensuite, deux grossesses à termes. Pas de F. C.

Depuis quatre à cinq ans, souffre de crises abdominales survenant fréquemment à l'occasion de contrariété et de fatigue. Débutant par des douleurs lombaires, irradiant ensuite dans tout l'abdomen durant une heure, se terminant ensuite par des vomissements alimentaires et bilieux; ces crises s'espacent depuis un an.

Menstruations régulières jusqu'en juin dernier; arrêt des règles de juin à octobre.

Depuis quelques mois ressent de légers troubles : céphalée, vapeurs, chaleurs.

Pouls : 62-58. T. A. : 14-7.

Métabolisme basal : 33,9, soit moins 7 %.

Sang veineux : calcium 0,101.

Obs. intéressante par la précession des troubles trophiques sur la douleur, les algies mobiles plus anciennes, par l'aggravation importante des douleurs coïncidant avec des troubles de ménopause.

OBSERVATION 3

10 mai 1927. Consulte pour douleurs apparues quatre mois auparavant aux membres inférieurs. Exaspérées la nuit : fourmillements, bêtes qui la rongent, marche pénible.

A. P. — Fibrome irradié il y a quatre ans. Ménopause artificielle : douleur.

Deux grossesses.

Nervosisme : tremblement.

M. Basal : 33 (normal à cet âge).

Sang veineux : calcium 0,101. Phosphore 0,161.

Ménopause artificielle : algie de type sympathique.

Nos premières observations de cellulite furent également prises sans idées préconçues.

Quelques-unes de ces observations sont suivies de recherches de laboratoire qui sont le résultat de nos investigations hésitantes.

Nous devons ces dosages à M. GUILLAUMIN et à sa collaboratrice Mlle LAURENCIN que nous tenons à remercier ici.

Nous n'avions relevé chez nos cellulitiques aucun signe fonctionnel de sclérose rénale; par ailleurs pas d'albuminurie, taux normal d'urée.

Parfois une tension artérielle un peu élevée, mais, dans ces cas, l'absence d'autres signes d'ordre cardio-artériel ne permet pas de conclure en faveur d'une lésion de cet ordre. Il s'agit probablement de ces hypertensions de la ménopause fort bien tolérées, qui ne sont que des découvertes de hasard au cours d'un examen complet.

T. A. (prises au Vaquez) : 17-8 à l'observation 7; 19-11 à l'observation 17 (hyperthyroïdie);

17-10 à l'observation 16;

17-12 à l'observation 11.

Nous n'avons demandé de dosages d'urée que pour un nombre restreint de malades; recherches faites par simple acquit de conscience, car aucune de ces cellulitiques ne se présentait cliniquement de façon à faire supposer une azotémie : d'une façon constante ces dosages ont donné des chiffres normaux.

Pensant alors à un état para-goutteux à cause de l'aspect fluxionnaire de certaines manifestations et du type précipitant de la cellulite nodulaire, on pratiqua chez ces malades des dosages d'acide urique, d'albumine, de sucre, de cholestérine dans le plasma; d'acide urique libre et d'acide urique combiné dans les globules. Ce sont les recherches habituellement pratiquées par M. Mathieu-Pierre WEIL dans les états goutteux et para-goutteux.

La glycémie la plus élevée que nous ayons relevée a été 1 gr. 35 chez une arthritique moyennement obèse.

Le taux de la cholestérinémie a dépassé le taux moyen chez toutes les algiques chez qui nous l'avons recherché. On sait les rapports du cycle de la cholestérine avec les variations de la vie génitale chez la femme. L'hypercholestérinémie légère après castration a été observée par nombre d'auteurs. Il semble que ce soit dans ce sens

qu'il faille chercher, car malgré l'importance de l'hépatisme, à la base de toute manifestation arthritique, l'absence de signes fonctionnels d'ordre digestif, l'absence de passé hépatique a été constant chez nos cellulitiques de la ménopause; une seule d'entre elles présentait un foie légèrement augmenté de volume; chez celle-ci le taux de la cholestérine du sang était de 1,11. Il y a, du reste, d'autres causes d'ordre endocrinien à l'hypercholestérolémie, (perturbations surréaliennes) et l'interprétation chez les cellulitiques est une étude à reprendre.

Chez quelques malades, nous avons recherché les taux du phosphore et du calcium; leur abaissement étant souvent en relation avec la ménopause. Les taux relevés par nous sont sensiblement normaux; mais nous savons qu'il faut, dans les états post-ménopausiques, faire plus état des variations du métabolisme minéral que de taux absolus.

Les taux de l'acide urique à l'état libre ont été constamment normaux, tant dans le plasma que dans les globules rouges. Quant au taux de l'acide urique à l'état de combinaison, trois fois seulement sur onze dosages le chiffre a été un peu élevé.

0,241 obs. non rapportée car il ne s'agit pas d'un état douloureux purement cellulitique mais de rhumatisme chronique associé.

0,267 obs. 21;

0,307 obs. 13.

Dans deux de ces cas, il ne s'agissait pas de cellulitique pure, dans l'obs. 13, d'une cellulitique obèse et dans l'obs. non rapportée d'une femme présentant un foie peu augmenté de volume.

Quoiqu'il en soit, ces taux un peu élevés de cholestérine et d'acide urique combiné nous apparaissent comme des témoins d'un état arthritique et non comme relation de cause à effet avec la cellulite. Celle-ci est, sans aucun

doute, une manifestation arthritique, mais elle ne coexiste que d'une façon très inconstante avec d'autres manifestations arthritiques.

D'autre part, nous avons été frappée chez nos cellulalgiques par l'absence de passé pathologique : toutes s'étonnent et déplorent de tant souffrir après avoir été toujours bien portantes. Pourtant, en précisant l'interrogatoire, on retrouve dans le passé de ces femmes une tendance facile à la douleur : elles se rappellent avoir eu un lambago ou des « sciaticques » quelquefois facilement mal à la tête; parfois une habituelle hyperesthésie cutanée.

C'est donc un tempérament spécial qui conditionne la cellulite, c'est ce qui s'est peu à peu dégagé pour nous de l'observation de la cellulite de la ménopause rapprochée de l'observation de celle qui apparaît en dehors de cette période de la vie génitale.

OBSERVATION 4

Mme L., 42 ans, ménagère.

Malade adressée à l'Hôtel-Dieu pour cellulite, par M. Guy-Laroche.

1^{er} mai 1926 : hystérectomie (plus appendicectomie) pour salpingite.

A. P. — Jusqu'à cette date, menstruations régulières, tous les 28 jours, mais à instauration douloureuse. Flux abondant. Migraine fréquente au moment des règles.

Une grossesse normale, pas de F. C.

Alternatives de diarrhée et constipation.

Aussitôt après l'opération, la malade commence à ressentir une douleur abdominale droite et remarque que la paroi abdominale « gonfle » au point douloureux.

Douleur dans les régions lombaires et inter-scapulo-vertébrales droites.

Type de douleur : douleur continue sourde et picotements d'aiguille.

Mars 1927 : apparition de crise d'urticaire hebdomadaire.

Picotements de la gorge entraînant de la toux.

Examen de la malade : bon état général; malade calme; teint coloré, yeux brillants, cheveux gras, sourcils abondants.

Appareil respiratoire, appareil cardio-vasculaire, T. A. 15-8, système nerveux : rien d'anormal à signaler.

Démographisme urticarien très marqué.

Abdomen : bonne paroi. Cicatrice mobile. A l'inspection on note une légère voussure para-ombilicale droite, variable dans son volume selon les jours. La malade dit qu'avec le gonflement coïncide une recrudescence de la douleur.

A la palpation, chaleur locale, empâtement rénitent. Pas de godet. Quelques nodules. Pli de la peau douloureux. A gauche, quelques nodules non douloureux. Douleur aux espaces de conjugaison L3, L4.

Traitement : ovarine depuis l'hystérectomie.

Quelques séances de massage du 27 juin 1927 au 14 juillet 1927.

La douleur se calme rapidement au cours de la séance et l'on sent la paroi s'assouplir. Vers le 5 juillet, recrudescence de la douleur sous l'influence d'une émotion. Nouvelle sédation sous l'influence des massages; amélioration pouvant se coter 98 %. Persistance de l'urticaire, atténuation nette par l'auto-hémothérapie.

Examens spéciaux : B. W. négatif.

Plasma : albumine 79; acide urique 0,040; sucre 0,95; cholestérine 1,87.

Sérum : P. 0,227.

Globules : acide urique libre 0,024; acide urique combiné 0,198.

Cette observation a presque une valeur expérimentale, apparition après castration de cellulite à type congestif,

chez une femme présentant des signes hyperthyroïdiens : yeux brillants, sourcils abondants, cheveux gras, peau moite, d'autres signes congestifs : pharyngite. Quant au signe de colloïdoclasie (urticaire), Léopold Lévi a depuis longtemps attiré l'attention sur le fait, qu'en clinique, ils étaient liés aux réactions d'hyperthyroïdie, fait qu'il a appuyé d'argumentation anatomique, hématologique et thérapeutique (1912). Depuis LANZENBERG et KÉPINOV, ont montré entre autres, que les animaux thyroïdectomisés ne donnent pas de choc anaphylactique.

OBSERVATION 5

Mme M..., 51 ans, concierge.

Février 1927 : soignée dans le service de massage de l'Hôtel-Dieu.

Cellulite siégeant à gauche : pointe de l'omoplate, région inter-scapulo-vertébrale, région cervico-occipitale.

Douleur continue, sensation de broiement, de « dos mangé », de chaleur remontant de la base du thorax à la nuque.

Cessation des règles : mars 1926; courte réapparition en septembre 1926.

Début des douleurs : mars 1926.

Les examens répétés (radiographie) du squelette, appareil respiratoire (radiographie, radioscopie) n'ont rien montré d'anormal.

Traitement suivi : air chaud, bain de lumière, ovarine : échec.

Les massages amènent une sédation des douleurs au bout de 15 séances.

Ménopause, algie sympathique, cellulite, action du massage. Recherches répétées en vue d'une affection pulmonaire ou osseuse auxquelles les douleurs cellulitiques faisaient penser.

OBSERVATION 6

Mme P..., 46 ans.

4 juillet 1927 : consulte à Saint-Antoine pour douleurs siégeant aux genoux, aux chevilles, aux coudes. Douleur continue depuis le réveil, lourdeur, élancements, sensation de chaleur brûlante.

Début : trois mois auparavant.

Arrêt des règles, sans incident, trois mois auparavant.

A. P. — Réglée à 10 ans, menstruations régulières, non douloureuses. Une grossesse normale.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

Examen : obésité, taille 1 m. 55, poids 70 kil. 500. Gros pannicule adipeux abdominal non douloureux. Thorax et membre de morphologie sensiblement normaux.

Cellulite à type d'infiltration rémittente avec quelques nodules et douleurs au pli de la peau aux régions péri-malléolaires internes, genoux, sus-épitrochléennes. Quelques craquements des articulations métacarpo-phalangiennes du gros orteil droit dans l'extrême flexion; aux articulations des genoux et des coudes.

A l'examen général : rien d'anormal à signaler.

Examens spéciaux :

Sang veineux :

Plasma : albumine 87,0; cholestine 1,46; urée 0,40; acide urique 0,048.

Globules : acide urique libre 0,029; acide urique combiné 0,187.

M. basal, +3,4 %.

Ménopause et cellulalgie.

OBSERVATION 7

Mme R..., 65 ans, fleuriste.

Adressée par M. Guy-Laroche à l'Hôtel-Dieu, pour être traitée pour cellulite par massages.

Souffre de la région thoracique gauche depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la base du thorax en avant, dans la région abdomino-inguinale gauche, aux membres inférieurs gauches, dans des régions péri-ombilicale, épigastrique et sous-hépatique.

Douleur continue, pesanteur et brûlure.

Début, mal précisé, remonte à plusieurs années, peu postérieur à la ménopause ou coïncidant avec elle.

Arrêt des règles sans incident dix ans auparavant.

A. P. — Toujours bien réglée, trois grossesses, pas de F. C.

Depuis dix ans, crises de diarrhée fréquentes; suit un régime réstreint.

Examen : obèse, graisse surtout abdominale.

Peau sèche, face ridée, hypertrychose, peau froide, extrémités froides; frilosité.

Appareil cardio-vasculaire : cœur normal; pouls 72. T. A. 17-8.

Appareil respiratoire : rien d'anormal.

Tube digestif : selles de fermentation banale.

Foie : limites normales.

Examen vésiculaire : radiographie normale.

Cellulite à forme rénitente et nodulaire : racine des bras, abdomen, région thoracique gauche, face interne des cuisses, péri-malléolaire. La douleur spontanée siège aux régions désignées par la malade, mais on la réveille à la palpation, suivant la même modalité, aux différents sièges de cellulite non douloureux.

Traitement : massages seuls (15 séances), amélioration rapide, progressive, continue; 95 p. 100, dit la malade.

A noter, au cours du traitement, l'apparition d'une douleur brusque au poignet droit, brûlante, piquante, avec gonflement, sédation du gonflement et de la douleur en une séance de massage. La malade dit qu'au début de ces douleurs le gonflement se présentait suivant cette modalité.

C'est là le type de cellulalgique le plus fréquemment rencontré : douleur post-ménopausique, habitus-hypothyroïdien, cellulite généralisée rénitente, expansive et nodulaire; poussées de cellulite congestive. Un point un peu particulier à signaler est l'action du massage sur les crises d'entéro-colite qui disparurent avec la douleur cellulitique.

OBSERVATION 8

Mme T..., 50 ans.

Consulte à Saint-Antoine pour douleur au poignet gauche, douleur légère du flanc gauche, céphalée fugace, bouffées de chaleur.

A. P. — Ménopause dix mois auparavant, sans incident.

Réglée à 43 ans, menstruations normales, trois grossesses.

Examen : bon état général.

Peau sèche, cheveux secs, sourcils rares, varicosités du visage, obésité légère. Poids 65 kilos. Taille 1 m. 52.

Appareil cardio-vasculaire : cœur normal. T. A. 17-10.

Système nerveux et appareil respiratoire : rien d'anormal.

Tube digestif : constipation extrême.

Rien d'anormal par ailleurs.

Le poignet : gonflement visible du dos du poignet. Peau normale. Douleur au pli de la peau. Un nodule très dur sous-cutané dans la région métacarpienne. Trois séances de massage amènent une sédation complète. La malade est mise au traitement ovaire et corps thyroïde.

N'a pas été revue.

Examens spéciaux :

Plasma : albumine 82,8; acide urique 0,036.

Cholestérinémie, 1,60.

Hypothyroïdie fruste, poussée légère de cellulite congestive. Aucun passé pathologique. Action rapide du massage.

OBSERVATION 9

Mme S..., 54 ans, 22 juin 1927.

Consulte pour céphalée hémicrânienne gauche, tête, face et cou.

Début : deux mois auparavant.

A. P. — Autrefois bien réglée, sans douleur, règles courtes, pas de grossesse. Migraine quatre ou cinq fois par an.

Un an auparavant : hypertrophie légère du corps thyroïde. Pas de douleur, ni aucune atteinte de l'état général à ce moment.

Examen : aspect général fatigué. Maigreur. Graisse sous-conjonctivale. Peau sèche ridée, cheveux secs, pas de queue des sourcils.

Cœur normal. T. A. 15-9.

Réflexes : normaux.

Tube digestif : appétit et digestion normaux; selles régulières.

Foie : limites normales.

Infiltration cellulitique sus-épineuse gauche et nuque. Point douloureux à l'émergence du grand occipital gauche et de la branche postérieure de C2 à droite.

L'extirpation d'une dent cariée au maxillaire supérieur gauche n'amène aucune sédation de la douleur. N'a pu être traitée ni suivie.

Aspect d'hypo-thyroïdienne, hypertrophie du corps de thyroïde chez une femme n'ayant plus ses règles, cellulite cervico-occipitale.

OBSERVATION 10

Mme Le G..., 42 ans.

17 juillet 1927 : consulte à Saint-Antoine pour douleurs diffuses apparues en novembre 1926.

• A. P. — Régulée à 18 ans. Règles survenant toutes les trois

semaines, très prolongées. Arrêt des règles brusque à 38 ans. Une grossesse.

Trois épistaxis abondantes il y a un an. Pas d'autres antécédents pathologiques. Amaigrissement notable n'ayant pu être rapporté à une affection organique.

Se plaint en outre de céphalée, bouffées de chaleur, crampes, constipation, extrême frilosité, froid des extrémités.

Examen : taille 1 m. 53; poids 47 kilos.

Rien d'anormal à l'examen général.

Infiltration cellulitique de la face interne du genou.

Sang veineux.

Plasma : albumine 84,1; urée 0,24; acide urique 0,033; cholestérine 2,00.

Sérum : Ca 0,109; P 0,102.

Signes d'hypothyroïdie frustes. Une note ovarienne : Réglée tard; ménopause précoce.

OBSERVATION 11

Mme G..., 53 ans.

Consulte à Saint-Antoine pour douleur du genou et de la main droite, ainsi que pour un « gonflement » de ces régions survenant par intermittence. Bouffées de chaleur.

Début trois ans auparavant, au moment de l'arrêt des règles.

A. P. — Réglée à 13 ans. Menstruations régulières et abondantes. Deux grossesses. Aucun antécédent pathologique notable.

Examen : aucun trouble fonctionnel ni cardio-vasculaire, ni pulmonaire, ni digestif, ni nerveux. Rien à l'examen physique au niveau de ces différents appareils. T. A. 17-12.

Cellulite : face interne du genou droit.

Sang veineux.

Plasma : albumine 84,3; sucre 1,33; cholestérine, 2,50; urée 0,44; acide urique 0,043.

Globules : acide urique libre 0,024; acide uriques combiné 0,186.

Ménopause et cellulalgie.

OBSERVATION 12.

M. G., 67 ans.

Avril 1927. Se plaint de douleurs depuis plusieurs années. Début mal précisé. Douleurs continues, lourdeur, picottements parfois, brûlures, prédominance à gauche : pointe de l'omoplate, thorax sur la ligne axillaire, région lombaire, face interne de la cuisse et du genou. Douleur très légère face interne de la cuisse et du genou droits.

A. P. — Autrefois menstruations régulières, très abondantes, très douloureuses, cinq grossesses, trois F. C.

Persistance des règles très abondantes pendant les grossesses. A toujours ressenti des douleurs fugaces, mobiles mais autrefois très supportables. Aucun autre antécédant pathologique.

Examen : très bon aspect général. T. A. 15-9. Urée sanguine 0.40. Rien à l'examen général.

Tube digestif : appétit et digestion normaux. Constipation ancienne et habituelle.

Peau sèche, cheveux brillants, pas de queues de sourcils, frilosité très marquée et ancienne. Extrémités froides.

Articulations souples, pas de craquement.

Cellulite des régions douloureuses à type infiltration rénitente; nombreuses nodosités.

Cellulite péri-malléolaire. Gonflement transitoire péri-malléolaire douloureux (ne garde jamais le godet).

Traitement : massages (15 à 20 séances), amélioration rapide, quasi-guérison. Quelques poussées douloureuses fugaces, sous l'influence du froid et d'une poussée grippale ayant facilement cédé aux massages (janvier 1928).

Corps thyroïde : 8 milligrammes par semaine.

Type d'instable thyroïdienne. Une note ovarienne :
persistance des menstruations pendant les grossesses.

OBSERVATION 13

Mme R..., 55 ans, 11 juin 1927.

Consulte à Saint-Antoine pour douleurs erratiques siégeant au niveau des articulations.

Début quatre à cinq ans auparavant. Douleur continue et progressive depuis un an. Crise aiguë huit jours auparavant au niveau du bras droit, sensation de brûlure continue, lourdeur empêchant le sommeil, calmée par la chaleur.

Echec des traitements anti-névralgique et salicylé.

A. P. — Autrefois bien réglée, tous les 28 jours, deux à trois jours. Dix grossesses normales. Pas de F. C. Arrêt des règles quatre mois auparavant. Coliques néphrétiques il y a six ans.

Examen : obèse. Poids 99 kilos. Taille 1 m. 53.

Adipose très généralisée. Aspect du visage myxoedème fruste.

Absence de poils axillaires et pubiens.

Dermographisme très marqué.

Se plaint de fatigue des yeux, mouches volantes. Yeux larmoyants.

Appareil respiratoire : ne tousse pas; à l'auscultation, quelques râles bronchiques.

Appareils cardio-vasculaire : rien au cœur. T. A. 16-9.

Cellulite à type d'infiltration congestive : racine du bras droit. Région inter-scapulo-vertébrale droite.

M. Basal : + 37,7. Soit + 11,11 sur la normale de cet âge (34).

Sang veineux.

Plasma : acide urique 0,043; urée 0,39; sucre 1,00; cholestérine 1,33.

Globules : acide urique libre 0,026; acide urique combiné 0,307.

Obèse. Type d'instabilité thyroïdienne : aspect myxœdème fruste avec chute des poils; poussées congestives à type d'hyper-thyroïdie. De fait, métabolisme basal un peu élevé.

OBSERVATION 14

Mlle B., 46 ans, couturière.

Consulte pour douleurs apparues six mois auparavant.

A. P. — Réglée à 13 ans, menstruations régulières tous les 21 à 23 jours, durée quatre jours. Douloureuses jusqu'à la réduction d'une rétroversion pratiquée vingt ans auparavant. Pas de grossesse, pas de F. C.

Menstruation irrégulière depuis deux ans.

A 19 ans, mauvais état général, fatigue, amaigrissement pendant un an.

Il y a quatre ans, phlébite double (?), repos trois mois; 1926, pleurite sèche (?); 1927, congestion pulmonaire. Se plaint en outre de : pharyngites fréquentes, constipation habituelle coupée de crises d'entéro-colite.

Filosité extrême : sensation de froid localisée au bout des doigts et des orteils, cuisse droite, fesse, yeux.

Asthénie matutinale, mais énergie au travail.

Poids instable : amaigrissement et engraissement faciles.

Siège des douleurs : thoracique gauche, au-dessus de l'épine iliaque antérieure droite, jambe droite.

Examen : malade maigre, taille 1 m. 60, poids 46 kilos. Visage fatigué, ridé, teint terne, cheveux brillants.

Rien d'anormal à l'examen du cœur et des poumons.

Tube digestif : appétit instable. Abdomen ballonné.

Foie : limites normales.

Examen des régions douloureuses : articulations souples.

Cellulite des régions inter-scapule vertébrale gauche, pointe de l'omoplate, atteignant la ligne axillaire. Petite bande sous

le rebord costal gauche. Pas de cellulite abdominale. Jambe gauche, cellulite bord interne du genou et région péronière.

Traitement manuel, sédation des douleurs. Traitement endocrinien en cours.

Type d'instable thyroïdienne ; asthénie probablement par insuffisance surrénale légère. Période de la ménopause.

OBSERVATION 15

Mme. S., 45 ans.

Consulte à Saint-Antoine pour douleur des membres inférieurs. Début progressif six mois auparavant; se plaint en outre de céphalée, bouffées de chaleur.

A. P. — Réglée à 12 ans. Menstruations régulières, douloureuses, courtes. Six grossesses normales. Depuis trois ans, règles rares, une à trois fois par an. Pas d'antécédents pathologiques.

Examen : obésité. Poids 91 kilos. Taille 1 m. 56. Obésité généralisée, mais plus marquée au niveau du thorax. Varicosité généralisée (visage et corps).

Appareil cardio-vasculaire : T. A. 15 — 9. Rien au cœur.

Appareil respiratoire : crises fréquentes et fugaces de laryngite.

Tube digestif : crises de colite glaireuses.

Rien par ailleurs.

Infiltration rénittente du tissu cellulaire sous-cutané avec nodosités siégeant à la face interne des coudes, région péri-malléolaire externe des deux côtés, région lombaire gauche.

Sang veineux.

Sérum : albumine 80,6.

Plasma : sucre 1,12; cholestérine 2,06; acide urique 0,070.

Globules : acide urique libre 0,042; acide urique combinée 0,174.

Réaction congestive post-ménopausiques.

OBSERVATION 16

Mme D..., 58 ans (Saint-Antoine).

Vient consulter pour douleur au niveau du coude droit irradiant à l'avant-bras : picotement et lancements diurnes et nocturnes.

Début : deux mois auparavant. Coïncident avec l'arrêt d'un traitement ovarien que la malade suivait régulièrement depuis dix sept ans, après une hystérectomie subie pour fibrome à l'âge de 41 ans.

A. P. — Toujours mal réglée auparavant. Une grossesse. Aucun autre antécédent pathologique.

Examen : bon état général, en dehors des douleurs, la femme ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel.

Coude : articules souples; gonflement visible à la face interne du coude droit et de l'avant-bras, avec coloration normale de la peau.

A la palpation, infiltration du tissu cellulaire très douloureux au pli de la peau. Au niveau des doigts, ébauche de rhumatisme chronique déformant : phalango-phalanginiens du pouce gauche; métacarpo-phalangien de l'index gauche.

OBSERVATION 17

Mme G..., 52 ans.

Consulte à Saint-Antoine pour douleur siégeant à la nuque, région sus-épineuse de l'omoplate droite, région deltoïdienne postérieure droite.

Crise brusque le 10 août 1927.

Arrêt des règles en mars 1926. Apparition des douleurs.

Douleur continue, plus intense la nuit : picotement de milliers d'épingles, parfois douleur brûlante, parfois simple prurit; exaspérée par l'eau froide et par le mouvement.

A. P. — Réglée à 19 ans. Menstruations régulières courtes (trois jours), flux minime. Quatre grossesses.

Pas d'antécédents pathologiques notables jusqu'à la ménopause.

Mars 1926 : arrêt des règles. Peu après, apparition d'un syndrome de dysthyroïdie : tremblement, sensation syncopale, battement de cœur. M. basal + 40.

Grande amélioration sous l'influence d'un traitement électrique. Réapparition des règles en août 1927. Apparition des douleurs.

Examen : visage congestif, plaques rouges. Lobe droit du corps thyroïde augmenté de volume.

Bouffées de chaleur visible. Sourcils rares, cheveux secs, peau sèche, dermographisme marqué, extrémités froides, frilosité extrême, frissonnements.

Appareil cardio-vasculaire : rien au cœur. T. A. 19-12.

Appareil respiratoire : rien d'anormal.

Système nerveux : rien d'anormal.

Examen des régions douloureuses : infiltration dure; diffuse des régions sus-épineuse droite, deltoïdienne postérieure, interscapulo vertébrale. Douleur vive au pli de la peau et à la pression du point occipital d'Arnold à droite. Membres inférieurs : douleur fugace, cellulite de la face interne des genoux.

Traitement : la malade n'ayant pu être soumise au massage, il fut prescrit :

Le 22 août 1927 : ovaire 0.20 pendant vingt jours par mois.

Corps thyroïde : 0,004; première semaine 2; deuxième semaine 3; troisième semaine 4 (par semaine).

Le 7 septembre 1927 : atténuation nette des douleurs, tissus très assouplis, bouffées de chaleurs moins fortes et plus rares, vertiges moins fréquents, céphalée très atténuée, extrémités chaudes, constipation. T. A. 19-11.

Le 7 novembre 1927 : recrudescence des douleurs, asymétrie visible des deux régions sus-épineuses; augmentation de volume à droite très douloureuse, spontanément et à la palpation, nodosités face interne du genou droit.

Sur un fond d'hypothyroïdie, poussées d'hyper-thyroïdie importante à la ménopause. Cellulite.

Nous ne faisons pas état de l'amélioration obtenue temporairement sous l'influence du traitement endocrinien qui ne fut peut-être pas très bien exécuté; et par ailleurs les crises d'hyper-thyroïdie semblant évoluer par poussées. Le traitement manuel commencé ne fut pas poursuivi à la suite d'une absence de la malade.

OBSERVATION 18

Malade observée à la consultation de M. Léopold Lévi, à Beaujon.

Mme J..., 24 ans.

Vient consulter le 24 novembre 1927, pour céphalée et douleurs lombaires.

Céphalée : tous les quatre jours. Siège : débute à la nuque encercle le cou, gagne l'épiciane, s'accompagne de fatigue de la vue. Douleur lombaire : intermittente, augmentée par le passage de la station assise à la station debout. Crise survenant une fois par an environ. Fourmillements et engourdissement des doigts gauches chaque nuit, à 4 heures du matin, durée une demi-heure.

Accuse, en outre, fatigue, battements de cœur, tremblement facile, angoisse, émotivité, irritabilité. Absence de sommeil, fatigue extrême le matin au réveil. Diminution de la mémoire. Battements artériels du cou perçus surtout à gauche. Piccotte-ments de la gorge entraînant une toux sèche. Bouffées de chaleur. Menstruations encore régulières. Trois grossesses normales.

Examen : peau sèche, acnée rosacée du nez, cheveux souples, deviennent secs et durs au moment des céphalées. Eczéma sec des deux mains d'ant. de 30 ans. Varices et varicosité des chevilles.

Ap. cardio-vasculaire : sensation subjective de battements de cœur.

Cœur : rien d'anormal. T. A. (Pachon) 13-9. Pouls 76, régulier.

Ap. respiratoire et système nerveux : rien d'anormal.

Régions douloureuses : lombo sacrée, cellulite dure, lardacée (peau d'orange).

Région sus-claviculaire : pseudo-lipome du volume d'une grosse noix, plus gros à gauche qu'à droite. La malade dit que ces pseudo-tumeurs augmentent de volume et deviennent douloureuses de façon intermittente.

Cellulite sus-épineuse et gouttières cervicales : point douloureux C2 gauche.

Traitement : massage (clinique du docteur Didsbury).

Surrénale 0,20 pro die.

Corps thyroïde 0,001, 3 la première semaine, 4 la deuxième semaine.

8 décembre 1927 : peu d'amélioration. Les céphalées s'espacent; absence des règles.

19 janvier 1928 : grande amélioration générale; les douleurs ont presque disparu. Diminution nette de l'eczéma des mains. Disparition de l'acnée rosacé. Reprise normale des règles.

Malgré la persistance normale des règles, cette femme entre dans la période de la ménopause, elle réagit par insuffisance surrénale et poussées congestives hyperthyroïdiennes.

Action du traitement combiné endocrinien et manuel.

OBSERVATION 19

Mme B..., 44 ans, cantatrice. (Consultation de M. Léopold Lévi.)

1^{er} décembre 1927. — Se plaint de souffrir depuis deux ans, obligée de restreindre une vie autrefois très active. Obligée de marcher avec des cannes au cours de l'été 1927.

Siège des douleurs : région occipitale, gouttières cervicales; région sus-épineuse, région lombaire, face interne des coudes, loge commissurale des pouces, face externe et postérieure de

la cuisse gauche, face interne des genoux. Douleur continue, sensation de pesanteur avec exaspération brûlante, rongement, douleur plus vive la nuit, augmentée par le moindre mouvement, plus vive les jours précédant les règles.

Se plaint, en outre, de changement de caractère, angoisse, irritabilité, augmentation de poids et pourtant appétit très diminué; mange, en fait, très peu.

Hémorroïdes avec poussées congestives au moment des règles.

A. P. — Régée à 13 ans, menstruations régulières (28 jours), précédées de douleurs vives, durée cinq jours; les menstruations sont devenues irrégulières au cours de l'année actuelle.

Depuis de longues années la malade accuse des douleurs beaucoup moins vives, mais fréquentes, à type lumbago ou sciatique. Une hypersensibilité cutanée extrême.

Dix-huit mois auparavant, ablation d'une tumeur du sein gauche.

L'examen histologique donne des signes d'épithélioma peu évolutif. Actuellement, pas de signes cliniques de récidive cancéreuse, sauf un léger empâtement avec un très petit ganglion situé à la base du cou au-dessus de la clavicule.

Taille 1 m. 70. Poids 92 kilos. Frilosité extrême. Extrémités chaudes. Agitation, volubilité, émotivité, pas de tremblement. Exaspérée de souffrir, visage fatigué, sourcils peu fournis, cheveux brillants, qui tombent. Appétit très diminué, une ou deux selles à tendance diarrhéique; pas de tremblements.

T. A. 14 $\frac{1}{2}$ -9.

Pas d'augmentation de volume du corps thyroïde. Peau sèche, varicosités au siège des régions douloureuses.

Région cervicale et sus-épineuse : congestion des tissus, légère contracture musculaire, point douloureux C1, C2, C7.

Région lombo-sacrée : empâtement sous-cellulaire.

Région deltoïdienne : congestion des tissus.

Région inter-scapulo-vertébrale gauche : contracture musculaire.

Face externe des cuisses : cellulite infiltrante.

En outre, cellulite péri-maléolaire bilatérale et péronière (à type rénitent, non douloureuse).

Traitement : corps thyroïde 1/30 de milligramme.

Surrénale 0,10. Traitement manuel trois fois par semaine, suivi de quelques exercices de gymnastique très courts. Amélioration rapidement amorcée dès les premières séances.

Entre la cinquième et la sixième séance, poussées congestives douloureuses généralisées, probablement déterminées par un traitement très actif d'ovaire en injection. On cesse l'ovaire et les progrès de la cure reprennent.

20 décembre 1927 et 19 janvier 1928 : changement considérable en l'état général; ne persistent plus que quelques douleurs à la face interne des coudes et à la face externe des cuisses, qui n'avaient du reste pas subi de traitement manuel. Disparition complète des autres douleurs. Reprises de l'activité, de la gaieté, du goût à la vie, de l'appétit.

Du 1^{er} au 30 décembre, la malade avait maigri de 10 kilos.

Du 30 décembre au 19 janvier, le poids reste stabilisé à 82 kilos.

Règles : 26 décembre, retard de huit jours, reparaissent le 17 janvier sans douleur ni malaise. Bon sommeil.

Il est difficile d'affirmer pour cette malade que la ménopause soit en cause malgré l'âge. Il s'agit de poussées d'hyperthyroïdie chez une instable thyroïdienne habituelle; insuffisance surrénalienne récente, étant donné l'asthénie récemment apparue et l'action remarquable de la surrénale. La malade dit : qu'une interruption de trois jours de surénale avait fait reparaître l'asthénie et non la douleur.

Le 24 janvier 1928 une légère contrariété est la cause d'une petite poussée douloureuse. De même une émotion avait été la cause d'une recrudescence douloureuse dans l'observation 4.

Nous insistons encore sur l'importance du facteur émotif dans la douleur chez ces hyperthyroïdiennes cellulagiques; ce sont véritablement des hypersensibles au sens

le plus vaste du mot englobant sensibilisation d'ordre anaphylactique et sensibilité douloureuse et psychique. Sensibilisation au choc émotif.

OBSERVATION 20

Mme H..., 61 ans.

1927. Début de l'état douloureux à 40 ans.

Lumbalgie, sciatique droites.

Mode douloureux : sensibilité sourde, continue.

Exacerbations à la marche.

Brûlure à fleur de peau du membre inférieur droit tout entier.

Examens répétés portant sur l'appareil cardio-vasculaire, le système nerveux, l'appareil respiratoire furent négatifs.

Tube digestif : appétit régulier, pas de constipation.

Dosage d'urée : normal.

B. W. négatif.

A. P. -- Migraines ophtalmiques datant de l'enfance (quatre générations de migraineuses ophtalmiques).

Hyperesthésie cutanée : le contact de la peau était habituellement douloureux. Frilosité extrême.

Menstruations régulières, non douloureuses. Deux grossesses normales.

Aucun autre antécédent pathologique.

Psychisme et activité normaux.

A 56 ans : persistance des menstruations normales. Castration radiothérapique (16 séances).

Après la ménopause artificielle, recrudescence des douleurs; généralisation. Le corps entier est douloureux, entraînant une véritable impotence. La malade abandonne toute activité.

Apparition de bouffées de chaleur très pénibles, de sensation d'angoisse, de tendances hypothyroïdiques. Asthénie extrême. Bouffissure du visage. Aspect myxœdème.

Examen (M. Durey) : cellulite généralisée. Type nodulaire et infiltrant.

Traitement manuel : 6 mois. Amélioration notable. Reprise partielle de l'activité.

Janvier 1928 : persistance d'une sensibilité douloureuse continue. Assourdie. Crises intermittentes du membre inférieur droit à type de crampes.

Poussées congestives au niveau des phalanges des doigts. Présence des nodules sur toute la surface du corps.

Hypéresthésie habituelle, comme dans l'observation précédente.

Influence de la castration sur l'évolution des douleurs.

OBSERVATION 24

Mme M..., 69 ans.

22 juin 1927. — Consulte à Saint-Antoine pour douleurs des membres inférieurs.

Début : 19 décembre 1925, par le genou gauche, la cuisse et la région lombaire gauche. Les douleurs se généralisent peu à peu aux deux membres inférieurs, douleurs continues augmentées par la marche et la fatigue; la malade restreint peu à peu les mouvements et ne marche plus qu'avec deux cannes. Aucune autre douleur, jamais de céphalée.

Etat fonctionnel satisfaisant par ailleurs aux points de vue digestif, respiratoire, cardio-vasculaire. T. A. 16-9.

Pas d'antécédents pathologiques. Cinq grossesses normales. Autrefois bien réglée. Ménopause à 49 ans. A ce moment apparition de douleurs légères dans le membre inférieur droit.

Cette malade avait été examinée à la Salpêtrière :

Réflexes normaux.

B. W. dans le sérum négatif.

Liquide céphalo rachidien normal.

Tous les examens électriques ont montré des réactions normales.

Les radiographies du squelette étaient normales.

Les examens des membres inférieurs montrent une cellulite diffuse, infiltrante, lardacée. Pas de varices apparentes. Le pli de la peau est extrêmement douloureux.

Nous ne rapportons cette observation que nous rapprochons des observations 7 et 12 que parce qu'elle réalise un type banal quotidien de consultation d'hôpital et de ville. Ce serait faire un étalage fastidieux que de rapporter nombre d'observations de ces femmes âgées qui « ont des douleurs »; que les analgésiques habituels ne calment pas, qu'on abandonne, de guerre lasse, car l'examen ne révèle aucun symptôme grave. La plupart de ces douloureuses sont des cellulitiques que le traitement manuel calme fort bien et chez qui il suffit la plupart du temps. Elles présentent parfois des poussées douloureuses à l'occasion d'une fatigue, d'une infection grippale légère, si elles ont déjà été traitées, quelques séances nouvelles suffisent à les calmer.

Dans l'ensemble l'examen de ces cellulalgiques de la ménopause frappe par la pauvreté des symptômes; à peine parfois une légère hypertension (le chiffre le plus élevé a été 19 et l'on sait la fréquence de ces hypertensions légères de la ménopause, très bien tolérées, sans cortège fonctionnel important), des signes frustes d'hypothyroïdie des signes de poussées congestives, parfois des signes d'hyperthyroïdie plus nets telle une légère hypertrophie du corps thyroïdien.

Ces signes d'hypothyroïdie sont un état très dégradé du myxœdème de la ménopause, à peine un myxœdème fruste.

Comment faut-il interpréter les poussées congestives : bouffées de chaleur, pharyngite fréquentes, des crises

d'entéro-colite, les bourdonnements d'oreilles, observés en dehors de toute hypertension, et même le dermographisme et les crises d'urticaire, enfin les poussées congestives au niveau des foyers de cellulite.

Certains d'entre eux, bouffée de chaleur, bourdonnements d'oreilles, sont si fréquents à la ménopause qu'on en a fait pendant longtemps des signes d'insuffisance ovarienne. Il serait en effet logique d'incriminer l'insuffisance ovarienne dans tous troubles survenant à la ménopause. Celle-ci est pourtant un phénomène physiologique et nombre de femmes ne présentent aucun espèce de trouble à cette époque. Par ailleurs, ces troubles peuvent être fort différents et diversement associés : certaines femmes présentent des dermatoses, d'autres deviennent obèses, d'autre font des troubles psychiques, tant il semble que chaque femme fait sa ménopause avec son tempérament.

Les symptômes d'insuffisance ovarienne acquises ne sont, du reste, pas très précisés en clinique; ils ne ressemblent pas à ceux de l'insuffisance ovarienne congénitale; ceux de l'insuffisance ovarienne acquise chirurgicalement sont, dans les quelques observations que nous avons relevées, de types réactions congestives; ils sont associés le plus souvent à des signes d'hyperthyroïdie fruste: battements de cœur, émotivité, léger tremblement, crises d'hypersecrétions sudorale et intestinale (crises d'entéro-colite) dont nous rapprochons les crises d'urticaire le dermographisme et la cellulite fluxionnaire, la clinique et l'expérimentation ayant prouvé qu'ils étaient liés à la sécrétion thyroïdienne et ne se présentaient pas en cas d'ablation du corps thyroïde. Ce sont les troubles qualifiés par Léopold Lévi de troubles angio-crinien : « La bouffée de chaleur et l'œdème de QUINCKE en sont les prototypes, tous les tissus peuvent en être le siège chez les prédisposés, ces sujets sont par ailleurs des arthritiques congestifs. Or ces troubles angio-crinien ressortissent

» finalement à l'hyperthyroïdie congestive portant sur les
» petits vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cette hyper-
» thyroïdie se produit le plus souvent par une réaction
» due à l'insuffisance thyroïdienne, syndrome d'instabi-
» lité thyroïdienne, ou par une réaction à diverses insuf-
» fisances : ovarienne, hypophysaire, surrénalienne, pa-
» rathyroïdienne, etc... Il en résulte, du fait des méca-
» nismes angio-ovariens surrénaliens, hypophysaires, la
» possibilité des troubles à allure arthritique dans diver-
» ses instabilités, pauci ou pluri-glandulaires. »

La compréhension de l'instabilité thyroïdienne que nous avons acquises à l'enseignement de M. Léopold Lévi a éclairé pour nous le problème de la cellulite :

C'est le tempérament hypo-thyroïdien, véritable ralentissement de la nutrition, qui conditionne la cellulite chronique, cellulite infiltrante et nodulaire, véritable manifestation précipitante de l'arthritisme; c'est la réaction d'hyper-thyroïdie qui conditionne la cellulite à type aigu, congestif, manifestation fluxionnaire de l'arthritisme. Après la castration ovarienne, seule se manifeste précocement la cellulite fluxionnaire, réaction d'hyper-thyroïdie immédiate à l'insuffisance ovarienne.

L'insuffisance thyroïdienne et ovarienne ne résument pas à eux seuls, nous le savons, le déséquilibre glandulaire de la ménopause, et ce n'est point ceux-ci que nous avons la prétention d'étudier ici, mais uniquement ceux qui conditionnent les douleurs cellulitiques. Nous pensons toutefois qu'il faille attacher une certaine importance dans leur pathogénie à l'insuffisance surrénale si fréquente à la ménopause, Léopold Lévi avec MARANON la dépistent avec soin. Nous nous rappelons à ce propos que la douleur fait partie du syndrome classique de l'insuffisance surrénale. Il serait possible qu'elle se présente sous l'aspect cellualgique. Nous avons actuellement l'occasion

d'observer une insuffisance surrénale typique (asthénie extrême, dépression psychique, hypotension, taches pigmentaires) chez une femme hystérectomisée il y a quelques années et maintenant à l'âge de la ménopause; elle présente des douleurs cervico-occipitales avec point névralgique, contracture musculaire; très légère infiltration cellulitique. Les observations 18 et 19 montrent que le traitement endocrinien vise surtout les signes de l'insuffisance surrénale, mais n'ont atteint, en réalité, que ces signes d'insuffisance surrénale, dépression psychique et asthénie; les douleurs cellulitiques ont regressé sous l'influence du traitement manuel. Par contre l'observation d'insuffisance surrénale à laquelle nous faisons allusion, n'est traitée que manuellement, les progrès sont lents, sinon nuls dans ce cas et nous nous demandons si l'institution d'un traitement surrénalien n'accentuerait pas les progrès. On pourrait pousser plus loin et rechercher chez ces cellulalgiques les signes hypophysaires, on sait la relation étroite génito-hypophysaire et qu'actuellement, dans la médication pluri-glandulaire de la ménopause on associe fréquemment l'hypophyse. C'est sur la morphologie, la distribution de l'obésité chez ces malades qu'il faudrait se baser. Mais, nous le répétons, les perturbations hypophysaires ne nous ont pas semblé jouer un rôle aussi direct dans la cellulalgie que l'instabilité thyroïdienne.

Il est du reste logique d'apparenter cette modification des tissus par infiltration avec la peau blafarde et froide, qu'est la cellulite chronique à l'état d'infiltration très spéciale aux tissus des myxœdémateux.

La douleur serait, elle, due aux variations du tonus neuro-vasculaire sous l'influence de la réaction d'hypertyroïdie congestive.

Seule, la question d'insuffisance para-thyroïdienne nous arrête un peu. Ne serait-ce pas à celle-ci qu'il faudrait rapporter l'état de contracture musculaire parfois véritablement spasmodique, que nous avons observée

chez les douloureuses de la ménopause, soit à l'état pur, soit associé à la cellulite. Cette contracture musculaire existe chez d'autres douloureuses de la ménopause ; ne serait-ce pas à elle que serait liée l'hypo-calcémie post-ménopausique signalée par nombre d'auteurs et étudiée par MM. Mathieu-Pierre WEIL, GUILLAUMAIN et Jean DALSACE ?

La notion de perturbation endocrinienne, base des cellulalgies de la ménopause, s'appuie encore pour nous sur l'observation de cellulitiques choisies en dehors de la ménopause.

Nous désirons auparavant situer la cellulite en regard des états douloureux les plus fréquemment observés à la ménopause, soit à titre diagnostic, soit à titre comparatif.

AUTRES DOULEURS DE LA MÉNOPAUSE.

Les *algies* mobiles, erratiques, nous apparaissent comme un état dégradé de la cellulite, nous les avons signalés à plusieurs reprises dans le passé des cellulitiques. Il ne nous a pas été permis de suivre le cycle évolutif. Sont-ce des poussées congestives fugaces ? Elles sont très sensibles au traitement endocrinien.

Nous avons déjà signalé la fréquence de l'*arthrite sèche* associée à la cellulite, c'est la manifestation banale, prototype de l'arthristisme.

S'opposant à ces états atténués, le *rhumatisme chronique progressif déformant* a, depuis les temps les plus reculés de la clinique, été signalé comme lié à des troubles de la fonction génitale. Nous tenons à rappeler un fait qui nous a frappé à la lecture de la thèse de CHARCOT. Dans l'étude anatomique celui-ci attache une grande importance aux lésions du tissu cellulaire péri-articulaire, c'est la section de ce tissu cellulaire, rétracté qui fait disparaître la déformation; cette déformation serait la

conséquence unique de cette lésion et de la contracture musculaire.

Dans l'étude clinique, il signale la fréquence des poussées congestives précédant la phase déformante.

Loin de nous la pensée de croire à une même entité clinique; jamais la cellulite, même ancienne, n'évolue vers le rhumatisme déformant, affection dans laquelle la gravité du processus physio-pathologique oblige à penser à des lésions centrales, mais les trois éléments du rhumatisme chronique répondant à la forme fibreuse de JACCOUD, se retrouvent dans la cellulite : congestion, infiltration de tissu cellulaire, contracture musculaire. Nous suivons actuellement une malade atteinte de rhumatisme chronique déformant ayant évolué d'abord sous forme de poussées congestives présentant de la cellulite infiltrante très douloureuse à la palpation, de la contracture musculaire par moment véritablement spasmodique; la radiographie a montré l'intégrité parfaite des surfaces osseuses.

La goutte, rare chez la femme, ne s'observe guère chez celle-ci qu'à la ménopause. Sa localisation au gros orteil, le mode évolutif, l'action spécifique de la thérapeutique anti-goutteuse, impuissante dans la cellulite, distingue bien les deux affections. Rappelons seulement la coïncidence fréquemment observée de goutte et cellulite.

Enfin *la maladie de Dercum*. Nous avons déjà dit qu'elle nous apparaît comme le grossissement monstrueux de la cellulite. Même consistance de tissus, même mode douloureux et déprimant; le psychisme de ces malades ne serait peut-être que secondaire à ces insupportables douleurs; même manifestation de déséquilibre neuro-glandulaire; les vérifications anatomiques ont en effet montré des lésions variables des glandes endocrines. En un mot forme expansive de lésion cellulitique; à l'opposé

les lésions du rhumatisme fibreux en représenterait la forme constrictive. De fait, bien des observations classées comme maladie de Dercum, ne sont que ce que d'autres appellent cellulite. DUREY, WETTERWALD insistent dans ces cas sur la remarquable action du traitement manuel dont nous-même possédons une excellente observation.

En pratique, si le rhumatisme chronique déformant peuple les asiles, les cellulitiques sont la monnaie courante de la consultation externe de l'hôpital, le défilé habituel des femmes soutenues par l'assistance obligatoire.

Cellulite et Glandes endocrines

Depuis longtemps déjà le problème du tempérament qui conditionne la cellulite hante la pensée des cliniciens qui se sont occupés de la question.

La notion d'infection annexielle ne satisfaisait même pas les gynécologues qui ont fait connaître la cellulite pelvienne; STAPFER y voyait une perturbation du cycle génital menstruel, des exagérations pathologiques des deux phases congestives moliménaires. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE qui observa des cas de cellulite pelvienne chez des vierges indemnes de toute infection génitale, dit, dans sa thèse sur « les œdèmes abdomino-pelviens » : « Des femmes souffrent depuis qu'elles sont réglées, on ne peut songer à une infection; le rôle du terrain... de l'altération des fonctions physiologiques doit prendre une large part dans la pathogénie des œdèmes pelviens ».

Altération des fonctions physiologiques, en effet, que les troubles de la ménopause, exagération morbide des tempéraments, que les troubles neuro-glandulaires.

Sous quel aspect se présentent les différents types cliniques de cellulite ? HARTENBERG dans son rapport à la Société de Médecine, en 1923, énumère les syndromes que réalise ou que simule la cellulite : syndrome laryngé, syndrome abdominal, syndrome rachidien, associés à l'élément principal qui est la douleur.

WETTERWALD a décrit avec soin ces syndromes : cel-

lulite précordiale et pseudo-angor; cellulalgie de la paroi thoracique et troubles respiratoires, de la paroi abdominale et troubles digestifs moteurs et sécrétoires; rappelons le syndrome laryngé : congestion, rhinopharyngite fréquentes, qui seraient, pour certains auteurs, la cause de la cellulite cervicale.

Par ailleurs, STAPPER et DUREY insistent sur le fait que la cellulite évolue sans fièvre, il ne peut donc s'agir d'une infection et, en dernier ressort, tous les auteurs s'accordent à la classer comme manifestation de l'arthritisme.

Nous-mêmes, reprenant l'analyse de nos observations des cellulitiques, les éclairant de l'enseignement que nous recevions de M. Léopold LÉVI, avons cru pouvoir interpréter les symptômes que présentent ces malades et les rapprocher des troubles que présentent les ménopausiques.

OBSERVATION 22

Mlle G..., 27 ans, domestique.

Janvier 1927. — A toujours été une douloureuse. Souffre de l'abdomen, du thorax à gauche, depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la base de la région lombaire gauche, du membre inférieur gauche, surtout au niveau de la face interne du genou.

Douleur brûlante, piquante, pesante.

Etat nauséux continu, vomissements.

Température instable irrégulière, rarement au-dessous de 37.

Alternative de diarrhées et constipation.

Menstruations irrégulières, plutôt retardées; douloureuses deux jours avant et le premier jour.

La malade a remarqué que son abdomen et ses jambes présentent du gonflement intermittent.

Alternative de chaud et froid; transpiration fréquente; dyspnée à l'effort, tremblement facile, émotivité.

A. P. — En dehors de cet état ancien, pas d'antécédants pathologiques notables.

Fin 1925 : appendicectomie avec ligamentopexie.

Examen de la malade : visage plein, coloré, volubilité, alternance de rougeur et de pâleur; yeux brillants, sourcils abondants, cheveux gras; acnée du front, mains et corps moites.

Appareil respiratoire : pharyngite, coryza, toux, fréquents.

Les examens répétés (service de M. Léon Bernard, service de M. Sicard) au point de vue pulmonaire (auscultation, radiographie, bacilloscopie) ont été négatifs.

Appareil cardio-vasculaire : pouls instable, rapide 96 à 120. Battement du cœur, rien d'anormal au cœur.

Système nerveux : rien d'anormal.

Appareil génital : examens pratiqués à plusieurs reprises (service de M. Schwartz) : utérus en place, rien aux annexes.

Etat psychique : grande activité, accomplit un travail très fatigant qui exaspère les douleurs.

Abdomen : cicatrice mobile. Paroi peu souple, empâtée, douloureuse à la palpation légère et au pili de la peau. Nodules autour de la cicatrice.

Empâtement cellulaire, partant de la pointe de l'omoplate gauche, contournant le thorax sur la largeur d'un grand travers de main jusqu'à la base en avant. Cellulite face interne du genou gauche.

Cette malade fut suivie par nous de janvier à juin 1927.

Nous avons observé que la fièvre était surtout pré-menstruelle et coïncidait avec les coryzas, les laryngites, la recrudescence des douleurs, de l'augmentation de volume de la paroi abdominale qui devient dure, empâtée. Les règles sont moins douloureuses, plus régulières sous l'influence de l'ovaire. Après les règles sédation légère de la douleur, disparition du gonflement.

Cure manuelle : les séances amènent chaque fois une sédation des douleurs pendant quatre ou cinq heures et une nuit meilleure, mais reparaissent le lendemain.

Nous attribuons l'échec du massage, d'une part aux mauvaises conditions dans lesquelles il était pratiqué, à la vie extrêmement fatigante que menait la malade et surtout à l'importance et à l'ancienneté de l'état de déséquilibre neuro-glandulaire, instabilité thyroïdienne à prédominance nette d'hyperthyroïdie. La fièvre des hyperthyroïdiens est actuellement une notion classique.

OBSERVATION 23

Mlle C., 22 ans, domestique.

Mai 1927. — Se plaint de douleurs abdominales, surtout vives à droite, irradiant vers la région hépatique et la région lombaire.

A. P. — Nombreuses maladies infantiles.

Incontinence d'urine jusqu'à 14 ans, guérie par injections épidurales.

A 13 ans, grippe (1918). A 16 ans, apparition des symptômes persistant actuellement : asthénie extrême, douleur pesante, piquante, brûlante.

Constipation opiniâtre. Reste au repos un an, pas d'amélioration.

Apparaissent ensuite : pesanteur et ballonnement après le repas, vomissements bilieux, régurgitations acides. Grande fatigue le soir. Tendances lipothymiques (deux syncopes).

Tremblement, battements de cœur fréquents.

Réglée à 11 ans, menstruations très douloureuses, deux jours avant et pendant trois jours, courtes, flux peu abondant.

9 février 1926 : appendicectomie. Convalescence difficile, persistance des troubles digestifs et des douleurs.

Traitements suivis : rayons ultra-violet, diathermie. Pas de soulagement.

Examen de la malade : difficile à interroger, émotivité extrême, timidité, anxiété. Visage coloré, alternatives de pâleur et de rougeur, acnée, cheveux gras, peau moite. Dermographis-

me très marqué. Tache pigmentaire, brun clair au niveau du front, corps chaud, extrémités chaudes, mais sensation alternante de chaleur et de froid glacial.

Appareil respiratoire : coryzas fréquents. Rien à l'examen physique.

Appareil cardio-vasculaire : battements de cœur, pouls 96. Instable. Arythmie respiratoire marquée.

Tube digestif : troubles fonctionnels déjà signalés, examen objectif, radiographie du transit et de la vésicule, négatifs.

Examen des régions douloureuses : douleur vive au pli de la peau de l'abdomen à droite, des régions sacro-iliaques des deux côtés, douleurs aux espaces de conjugaison droit dorsaux inférieur et lombaire; tissus moins souples qu'aux régions non douloureuses, infiltration congestive. Les séances de massage n'amènent aucune sédation.

Malade chez qui l'auto-intoxication par déséquilibre endocrinien, fatigue, mauvaise hygiène entretiennent l'état douloureux.

Il ne faut pas penser que chez ces femmes atteintes de névrose, d'angoisse, les douleurs soient purement d'ordre psychique, imaginaire; l'examen physique montre des modifications locales, cellulite ou congestion, qu'elles ne peuvent ni provoquer ni simuler et qui sont nettement le siège de leurs douleurs. Personnellement, nous n'avons jamais obtenu de soulagement durable chez ces anxieuses. Nous avons présent à la mémoire l'observation d'une femme atteinte de maladie de Basedow, avec névrose d'angoisse, souffrant d'algie cellulitique, chez qui le traitement manuel n'amena aucun soulagement. Ce n'est pas à leur mauvais psychisme qu'il faut attribuer l'échec thérapeutique, mais à la cause de la névrose elle-même, et cette hypothèse nous semble conforme à certaine conception physiologique de la douleur : l'excitation douloureuse serait d'ordre chimique, selon le terme physiologique, humoral pour parler médicalement. La névrose d'angoisse s'observe chez les instables neuro-glandulaires, chez les surréna-

liennes, les hyper-thyroïdiennes en particulier; elle dépend d'une auto-intoxication sans cesse renouvelée qui entretient en même temps l'état douloureux.

Cette conception explique également les échecs de la thérapeutique manuelle chez les cellulalgiques qui abusent des sédatifs toxiques, de la morphine en particulier, ceci est, du reste, un fait de pathologie générale; il est inutile de tenter un traitement rationnel tant que le sujet n'a pas été désintoxiqué. C'est à la gravité, à l'ancienneté de l'instabilité neuro-glandulaire plus qu'aux mauvaises conditions de traitement que nous attribuons l'échec dans les obs. 22 et 23.

OBSERVATION 24

Mme T...; 27 ans.

Août 1927. — Consulte pour hypertrophie du corps thyroïde apparue deux mois auparavant et pour gonflement douloureux du cou, des régions sus-épineuses, deltoïdienne, lombaire, avant-bras.

Examen : bon état général, yeux brillants, visage animé, volubilité, émotivité, pouls à 100. Pas de tremblements.

Augmentation de volume diffus du corps thyroïde.

Par ailleurs, parfait état général, menstruations régulières normales.

Aucun passé pathologique; la malade n'a jamais eu de douleurs.

Elle s'inquiète de son état, du gonflement qui la dépare, se plaint vivement, emploie tous les calmants sans succès.

Le goître est apparu à la suite d'une émotion violente.

Sédation rapide de la douleur en cinq séances manuelles au point que la malade renonce à la morphine qu'elle employait depuis quinze jours. Cette malade ressemblait fort, au premier abord, aux deux malades précédentes, mais nous fûmes éton-

née du succès de la cure. Nous l'attribuons au fait qu'il s'agissait d'un état d'hyperthyroïdie récent, véritablement « accidentel » illustrant la pensée de Léopold Lévi, qui fait du corps thyroïde la glande de l'émotivité. Ce petit goître, non toxique, n'en avait pas moins entraîné un état douloureux.

OBSERVATION 25

Mme M..., 42 ans, couturière.

Août 1927. — Consulte pour : augmentation de volume du cou (petit goître) et pour des douleurs siégeant au niveau de l'abdomen à droite, région lombaire, région inter-scapulo vertébrale droites, nuque des deux côtés.

Début : un an auparavant.

Mode douloureux : brûlure, picottements, lourdeur, augmentée par la fatigue.

La malade mentionne que le goître, ainsi que les douleurs, sont apparus six semaines après une intervention chirurgicale sous raché-anesthésie qui causa une grande émotion à la malade (ablation d'un kyste de l'ovaire droit et appendicectomie).

A. P. — Réglée à 14 ans, menstruations régulières, abondantes, pendant huit jours.

Pas de grossesse.

Aucun antécédent pathologique. N'a jamais été douloureuse.

Depuis le goître, signes légers de basodewisme, émotivité, tremblement, battements de cœur.

Rien d'anormal à l'examen général.

Femme très calme, d'une activité régulière.

Cellulite à type infiltrant : paroi abdominale droite, nuque, régions inter-scapulo vertébrale et sus-épineuses.

Quelques nodosités.

Traitement : corps thyroïde au milligramme, massages. Diminution des douleurs dans la proportion de 80 p. 100.

Diminution de volume du cou : 1 centimètre par mois.

Crise d'hyper-thyroïdie légère ayant entraîné des douleurs. Même succès thérapeutique que dans l'observation précédente.

Les observations qui vont suivre concernent au contraire des instables thyroïdiennes à prédominance d'hypothyroïdie.

OBSERVATION 26

Mme L..., 25 ans.

Juin 1927. — Consulte à Saint-Antoine pour douleurs du genou gauche.

Menstruations régulières douloureuses, courtes. Pas de grossesses.

Aucun antécédent pathologique, tendance à l'obésité facile.

Examen : obèse. Poids 82 kil. 500. Taille 1 m. 50. Obésité généralisée non douloureuse. Aspect hypothyroïdien : visage pâle, ridé, varicosités du visage, cheveux secs, peu de poils axillaires et pubiens. Peau froide. Froid des extrémités, frilosité extrême, sensation de froid qui la réveille la nuit.

Tube digestif : gros appétit, constipation habituelle.

Depuis deux mois, fatigue continuelle, vertige, bourdonnement d'oreilles, dyspnée d'effort.

Douleur du genou, depuis l'âge de 17 ans a toujours ressenti des douleurs intermittentes.

Examen du genou : léger gonflement péri-articulaire, articulation souple, craquement. Cellulite de la face interne des deux genoux. Rien d'anormal à l'examen général.

M. Basal 32, soit — 12,3 p. 100.

Traitement : régime d'amaigrissement.

Corps thyroïde, 0,005.

Ovaire, 0,20 quotidiens pendant 20 jours par mois.

Le traitement manuel n'a pu être institué. La malade fut suivie de juin à novembre. Amaigrissement régulier et progressif jusqu'à 73 kilos. Grosse amélioration de l'état général, disparition de la constipation, menstrua-

tions régulières non douloureuses, assouplissement du tissu péri-articulaire. Bon sommeil, diminution notable de la douleur. Il est regrettable qu'on n'ait pu associer le traitement manuel qui aurait probablement complété la guérison.

OBSERVATION 27

Mme D..., 35 ans.

État douloureux datant de juillet 1926.

A ce moment : gonflement douloureux du poignet gauche.

Août 1926 : douleur lombaire droite. Soulagement passager par l'aspirine.

Durée du lumbago : trois mois.

Douleur sourde continue avec exacerbations.

Traitement : repos au lit. Diète liquide. Amélioration.

Recrudescence en janvier 1927.

Traitement : air chaud, diathermie : pas de soulagement.

Crise douloureuse sous l'influence d'un traitement opothérapique à doses élevées.

Aggravation progressive : la malade garde le lit.

Traitement : salicyle, colchique.

Mars 1927 : lipiodol, épidual, électricité.

Mai 1927 : crise violente à la suite d'ingestion de corps thyroïde à la dose de 0,01.

15 mai 1927 : examen de M. Durey : cellulite région lombaire, fesse, face externe de la cuisse droite.

Amélioration dès les premières séances de massage.

Durée du traitement : 2 mois. Disparition progressive de la douleur. Reprise de la vie normale.

22 janvier 1928 : le bon état se maintient. Par ailleurs, la malade présente des crises migrainoïdes à la fatigue; crises d'asthémie. De la fatigue des yeux, sans cause locale. Digestions lentes, irrégulières. Appétit irrégulier. Constipation habituelle. Quelques crises d'entéro-colite émotionnelle. Poids instable : amaigrissement et reprises de poids faciles.

Frilosité marquée.

Menstruations régulières, courtes, non douloureuses.

Examen : peau grasse, cheveux gras. Chute des cheveux.

Bouffissure palpébrale. Sourcils normaux.

Température habituelle : 35°8.

L'examen des différents appareils pratiqués par différents spécialistes n'a rien révélé d'anormal.

T. A. un peu basse : 11 $\frac{1}{2}$ — 8.

Instable thyroïdienne avec note surrénalienne.

Amélioration notable de l'état général sous l'influence de corps thyroïde, 8 milligrammes par semaine.

Disparition de la constipation.

Chute de l'état général en janvier 1928.

Traitement surrénalien est adjoint.

Pas de reprise des douleurs.

On voit que dans ces observations de cellulalgiques prises en dehors de la ménopause, le cadre reste nettement thyroïdien.

Chez deux hyperthyroïdiennes c'est la cellulite congestive que nous avons observée, chez les deux instables thyroïdiennes à prédominance d'hypo-thyroïdie c'est la cellulite infiltrante avec poussées congestives.

Nous ne publions à dessein que ces quelques observations où les syndromes sont assez purs, où la douleur domine les tableaux cliniques. Si, s'accusent les troubles congestifs associés, se réalisent comme dans les obs. 22 et 23, les syndromes signalés par HARTENBERG dans son rapport à la Société de Médecine de Paris. La congestion pharyngienne avec la cellulite de la nuque, les poussées hyper sécrétoires avec cellulite de la paroi abdominale, c'est syndrome abdominal; le syndrome rachidien, c'est la contraction musculaire associée à la cellulite cervicale, inter-scapulo vertébrale ou lombaire.

On voit donc à quel point sont liés des états d'instabi-

lité neuro-glandulaires et certains états douloureux. Ils ne sont pas fatalement associés; il est des hypo ou hyperthyroïdien, des hypo ovarie des insuffisances surrénales même non douloureuses.

Douleur et instabilité neuro-glandulaires sont toutefois souvent assez synergiques pour que le traitement manuel, qui s'adresse à la douleur seule, entraîne la disparition des autres symptômes. On comprend que de calmer la douleur modifie le psychisme des malades, le retour du sommeil à son action sur l'asthénie, mais il est plus merveilleux de voir disparaître des crises gastro-intestinales ou la tachycardie.

Sur quoi baser le pronostic de ces états, le mode de traitement et sa durée approximative ?

Pratiquement, on est obligé d'agir un peu empiriquement, car l'on a des surprises. L'expérience encore bien pauvre que nous possédons nous a toutefois fourni quelques données.

Comme il se dit classiquement en médecine, le diagnostic doit être précoce et de la précocité du traitement dépend son pronostic et sa durée. La cure la plus rapide observée par nous, concerne en effet, un état d'hyperthyroïdie douloureux récent (obs. 24). Mais ce n'est pas sur l'ancienneté de la douleur, sur son intensité, du reste purement subjective, sur l'importance des lésions cellulitiques que se base le pronostic, mais, comme il se dit encore classiquement en médecine, sur l'état général du sujet. Ici la gravité de l'état général dépend du processus d'auto-intoxication endocrinien. Les signes de toxicité goîtreuse, d'insuffisance surrénale grave, l'état névropathique du sujet, témoin d'une certaine gravité du processus sont à considérer. Les bonnes cures sont celles des cas où la douleur relève d'une perturbation du tonus nerveux ayant réagi également sur l'état endocrinien.

Dans les états douloureux de la ménopause, qui n'ont

la plupart du temps à leur base que des états endocriniens dégradés, le traitement kinétique qui s'adresse à la douleur, recueille des triomphes. Il nous semble même, que plus la lésion, cellulitique palpable est importante, d'autant meilleur est le pronostic du traitement manuel. L'obs. 19 concernait une cellulitique souffrant déjà depuis deux ans présentant des lésions grossières de cellulite de même que dans les observations 7 et 12.

Enfin nous rappellerons en conclusion de ceci que c'est ce qui expliquerait probablement les succès observés dans les cures de maladies de Dercum, triomphe des débutants en matière de traitement manuel dit WETTERWÄLD.

Traitement des Cellulalgies

La notion « massage traitement de la cellulite », est actuellement répandue; elle constitue même le rudiment des connaissances de la question. Quelle est la valeur du massage dans ce cas ?

Son action sédative est incontestable; elle surprend, elle émerveille les esprits prévenus et les sceptiques, tant parmi les malades que parmi les médecins. L'atténuation de la douleur est rapidement amorcée et doit être rapidement amorcée si le diagnostic est sûr et si l'équilibre neuro-glandulaire, n'est pas trop profondément altéré.

Il est difficile d'indiquer une technique de massage déterminée; chaque spécialiste a sa technique personnelle, transformation progressive des premières notions acquises.

Les manœuvres doivent être avant tout très douces : pétrissage léger et vibratoire, c'est là la base du traitement manuel de la cellulite. Vibration de points déterminés, pétrissage plus ou moins profond, en pli plus ou moins large selon la lésion, selon la région. Ce sont des indéfinissables à exprimer, des faits d'expérience sensorielle, de connaissances de ces malades, donc d'examen clinique de chaque malade.

Il est un point sur lequel les spécialistes sont d'accord, c'est que les séances doivent être courtes, ce sont presque des doses homœopathiques de massage, surtout au

début. Si les lésions sont très étendues, ont des sièges multiples, il est difficile de les traiter toutes dans la même séance. Si la cure se prolonge, elle doit toujours être entrecoupée de périodes de repos. Le repos après chaque séance est également souhaitable. Selon les cas, selon les tempéraments, il faut ou non associer quelques exercices de gymnastique, qui rendent à ces malades la souplesse, que l'état douloureux leur avait fait perdre, gymnastique très prudents, qui ne doit jamais entraîner la fatigue.

Quel est le mécanisme de la sédation de la douleur par massage? Chacun l'interprète selon les tendances de son esprit, c'est-à-dire suivant ses interprétations anatomiques, étiologiques, pathogéniques.

Des engorgements lymphatiques pour ALQUIER; action décongestionnante pour STAPPER et les gynécologues de son école; action sur les terminaisons sympathiques sous-cellulaires ou cutanées pour DUREY.

La séance de massage bien menée est, sans aucun doute, une séance de merveilleuse détente. S'il y a contraction musculaire on la sent se résoudre sous les doigts. Il est rare qu'elle résiste même dans des cas où la cure elle-même est incomplète. Si elle résiste, le pronostic de la cure est mauvais, où il y a erreur de diagnostic, cette contracture n'est pas associée à une cellulite pure, elle est sous la dépendance d'une autre lésion. Les tissus infiltrés s'assouplissent, la congestion s'atténue. Mais l'action eutrophique sur les tissus n'a peut-être qu'un rôle effacé, la sédation de la douleur précède bien souvent toute amélioration palpable. Quant aux nodosités, elles subsistent la plupart du temps. Ce fait nous incline à penser à l'action directe du traitement manuel sur l'éréthisme nerveux et vasculaire.

Action calmante chez les congestives à tendance hyperthyroïdienne, action stimulante au contraire sur les tissus infiltrés des hypothyroïdiennes.

Nous ne pouvons que rester sur le terrain des hypothèses. Voilà pour la détente locale. De plus, la séance de massage bien menée est une séance de détente générale. Si parfois, après les premières manœuvres, la douleur peut-être un peu exacerbée, il faut, après une ou deux séances, et à la fin de chaque séance suivante, que, malgré une légère fatigue possible, la malade se sente détendue, légèrement euphonique.

Nombre de ces douloureuses sont, nous l'avons vu, des instables et leur psychisme est celui qui répond à ce tempérament.

Nous ne voulons pas faire entendre qu'il faille, de façon systématisée, faire de la séance de massage une séance de psychothérapie, psychothérapie est en l'occurrence un mot bien pompeux ; mais il faut tout mettre en œuvre pour comprendre la malade et savoir orienter, conformément à son état, son hygiène physique et mentale.

L'on ne manquera pas d'arguer de cette proposition pour n'attribuer au massage qu'une action purement psychique.

Il n'en est rien, nous avons vu des cures réussir dans les plus mauvaises conditions morales, ou faites par des masseuses sans prétentions psychologiques ; nous avons vu nombre de cellulitiques, chez qui le désordre se réduisait à une lésion locale, guérir par kinésithérapie pure et simple. Nous avons vu guérir des cellulalgiques venues au massage sans confiance et en désespoir de cause.

La portée du traitement kinétique ne s'arrête pas là. Nous ne pouvons mieux, pour la faire comprendre, que de renvoyer au traité de kinésithérapie pratique, aux chapitres consacrés par WETTERWALD au rôle thérapeutique du mouvement et au traitement kinétique des maladies de la nutrition. Il invoque l'action réflexe générale de la kinésithérapie.

C'est un véritable rééquilibre de l'état général qu'on obtient dans certains cas, que l'apaisement de la douleur ne suffit pas à expliquer.

Son influence s'exerce sur le tonus nerveux général, c'est ce qui explique pour nous ses succès rapides en cas de déséquilibre pur et simple de ce tonus dans les cas récents d'instabilité thyroïdienne.

Son action est moindre en cas de déséquilibre plus ancien, d'état de dysthyroïdie, d'hyperthyroïdie ou de Basedow; d'insuffisance surrénale profonde.

Le traitement manuel n'est pas le seul agent physique capable de soulager les cellulitiques :

La douche, la douche-massage, est employée avec succès. Les villes d'eau spécialisées possèdent un arsenal thérapeutique de la cellulite. La diathermie, les ultraviolets, les infra-rouges, dont nous avons signalé des échecs, ont certainement des indications, mais ces indications sont à étudier systématiquement. Ils répondent probablement à des différences de tempérament morbide et non point à la douleur en soi et ne s'appliquent point indifféremment à n'importe quelle douleur.

Si, dans les cas où la cellulite domine le tableau morbide, le massage suffit à guérir, il est des cas complexes où il faut associer un traitement de base s'adressant au tempérament.

Ce traitement est, chez les cellulitiques qui font l'objet de ce travail, d'ordre endocrinien.

C'est sur l'analyse des caractères physiques et des symptômes fonctionnels que se base l'opothérapie.

Ovaire, après castration artificielle ou chirurgicale, per os : 0.10 à 0.40 gr. par jour ou en injection sous-cutanée.

Corps thyroïde chez les instables à prédominance hypothyroïdienne, à dose excitatrice, méthode de M. Léopold Lévi et à dose excitatrice seule (nous avons vu dans

l'observation 27 les effets congestifs douloureux de dose un peu élevée, dose de remplacement.)

Dose excito-régulatrice, très réduite, infinitésimale, en cas de prédominance d'hyperthyroïdie.

Surrénale, si les réactions congestives sont secondaires à une insuffisance surrénale.

Le lobe postérieur d'hypophyse en injection sous-cutanée a une action décongestionnante rapide.

Ce trépied thérapeutique nous apparaît actuellement comme fondamental.

Kinésithérapie : action sédative locale;

Détente et repos psychique :

Opothérapie, médication de base.

Le point de départ du désordre neuro-glandulaire peut se faire dans l'un ou l'autre des domaines répondant à ces thérapeutiques.

Un choc affectif peut entraîner un déséquilibre neuro-glandulaire et la douleur, chez le même sujet, à un autre moment. C'est la réapparition de la douleur qui sera cause d'un désordre neuro-glandulaire et mental.

Il faut que la thérapeutique Intervienne aux différents pôles du courant morbide.

Conclusions

On réunit sous le nom de *cellulite*, des lésions siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

La *cellulite sous-cutanée* se présente :

— Sous une forme congestive évoluant par poussées aiguës ou sub-aiguës, intéressant à la fois la peau et les tissus sous-cutanés.

— Sous une forme infiltrante.

— Sous une forme nodulaire.

Dans ces deux derniers cas, elle évolue d'une façon chronique.

— La cellulite détermine des douleurs à type d'*algie sympathique*, mode douloureux de l'algie superficielle; parfois des névralgies. Celles-ci, véritables névralgies fonctionnelles, cèdent au traitement de la cellulite, épine irritative péri-névritique.

— La cellulite peut simuler les syndromes les plus variés d'autant qu'elle est souvent associée à des troubles fonctionnels viscéraux d'allure congestive.

— Elle s'observe fréquemment à l'époque de la ménopause ou après castration artificielle.

— Elle est conditionnée par un certain tempérament morbide, un *déséquilibre neuro-glandulaire*, l'instabilité thyroïdienne (syndrome de Léopold Lévy) réaction à di-

verses insuffisances glandulaires. L'insuffisance thyroïdienne, l'insuffisance ovarienne, sont les causes les plus fréquentes de la cellulite de la ménopause.

— Au point de vue thérapeutique, la cellulite relève :

a) Des agents physiques et au premier chef du *traitement manuel*, qui calme la douleur par action eutrophique sur le tissu cellulaire, par action sédative sur l'éréthisme neuro-vasculaire.

b) De l'opothérapie glandulaire qui tend à rétablir l'équilibre endocrinien.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

CARNOT.

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Ouvrages consultés

- LOUIS ALQUIER. — Traité de pathologie (Sergent). — Neurologie, Tome II. La Cellulite.
- LOUIS ALQUIER. — Quelle place la cellulite doit occuper en nosologie. — *Monde médical*, 1^{er} novembre 1926.
- LOUIS ALQUIER. — Cellulite et troubles circulatoires. — *Journal, de Lucas Championnière*, 25 décembre 1926.
- LOUIS ALQUIER. — Céphalée par engorgement lymphatique, 1921. — *Revue de Neurologie*, tome I, p. 458.
- LOUIS ALQUIER. — *Monde médical*, 15 avril 1923.
- LOUIS ALQUIER. — Thermophotothérapie. — *Paris médical*, août 1928.
- ARAN. — Clinique des maladies de l'utérus.
- BERNE. — Traité de massage.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine, 2^e édition, tome X. Névralgies.
- BASSEREAU. — Thèse Paris 1840. Névralgie inter-costale symptomatique.
- CHARCOT. — Thèse Paris, 1853. — La goutte asthénique primitive. Rhumatisme articulaire chronique.
- COURTOIS-SUFFIT. — OEdèmes aigus de la peau. — *Gazette des hôpitaux*, 1890.
- CORNÉLIUS. — Die Nervenpunkte lehre, Leipzig, 1909.
- CHENOUEAU. — Thèse Paris, 1899.
- COLMAIRE. — Thèse Paris, 1899. — La panniculite en gynécologie.
- CAYET. — Myosite aiguë. — Thèse Paris, 1898.

- DAUSSET et DURAND. — Goutte et cellulite. — *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, 1913, n° 3 (7 février), p. 131.
- DESCAMPS et BROUSSE. — Points douloureux abdominaux. — *Paris-Médical*, 1913.
- DUREY. — Communisation. — *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 10 mars 1911, p. 143.
- DUREY. — Manuel pratique de Kinésithérapie, Alcan, éditeur. — Les traumatismes et leurs suites.
- Procédés manuels d'exploration des couches sous-cutanées. — *Paris-Médical*, 17 décembre 1927.
- La cellulite gouteuse. — Société de médecine de Paris, 1921.
- DALSACE JEAN. — Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral.
- DIDSBURY. — La migraine. — *Le Concours médical*, septembre-octobre 1924.
- FAURE et TOURNADE. — Sur une variété d'adipose douloureuse. — *Lyon-Médical*, 11 mai 1913.
- FÉNARD. — L'adipose douloureuse segmentaire rhygamélique. — Thèse 1911, Paris.
- FULCANIS. — Thèse Lyon, 1904. — Lipomatose symétrique.
- FORESTIER. — Cellulite vertébrale et rhumatisme cervical. — Société de Médecine de Paris (27-I-1923).
- FORESTIER JACQUES. — Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidual. — Thèse Paris, 1922.
- GENDRON. — *Bulletin et Mémoire de la Société de médecine et chirurgie de Bordeaux*, 2 juin 1920 ; 21 juillet 1911.
- GILIS. — Anatomie du sympathique.
- À. GRIÈS. — Les points douloureux cutanés et leur traitement manuel. — Thèse Paris, 1913-14.
- *Archives de médecine d'Angers*, 1912.
- GUILLAIN. — Les hyperesthésies cutanées en rapport avec les affections viscérales. — *Revue de médecine*, 10 mai 1901, p. 440.
- GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Les œdèmes abdominaux pelviens en gynécologie, Paris, 1897-98.
- GLEY. — Traité de Physiologie.
- HARTENBERG. — Les céphalés musculaires ou cellulitiques. — *Société médicale de l'Elysée*, 2 février 1914.

- La migraine des arthritiques. — *Presse Médicale*, 17 janvier 1906.
- *Presse Médicale*, 1912, 14 février, p. 134.
- Rapport sur la cellulite. — Société de médecine de Paris, 23 avril 1923.
- HEAD. — On the disturbance of sensation with especial reference to the pain of visceral diseases, *Brain*, 1893, p. 94-96.
- A. HANRIOT. — La cellulite. Manifestation d'arthritisme. — Thèse Paris, 1913.
- M. LABBÉ et BOULIN. — Maladie de Dercum. — *La Médecine*, juillet 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique.
 - Troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne.
 - Les sympathoses. — *Presse Médicale*, 20 septembre 1913.
- LÉRI. — Affections de la colonne vertébrale, des os et des articulations, Masson, 1926.
 - Nodosités d'Héborderen. Manifestations de la goutte et du rhumatisme. — *Journal médical français*.
- LERICHE. — La chirurgie de la douleur. — *Presse Médicale*, 20 avril 1927.
 - La résection du sympathique a-t-elle une influence sur la sensibilité périphérique ? — *Revue de chirurgie*, 1922.
- LÉOPOLD-LÉVI. — L'arthritisme, syndrome d'instabilité thyroïdienne.
 - *La Clinique*, novembre 1927.
 - Corolle nosographique des états angiocriniens. — *Le Médecin français*, 15 août 1922.
 - Thyroïdothérapie infinitésimale et pathologie thyroïdienne. — *L'évolution médico-chirurgicale*, avril 1923.
 - D'un syndrome d'asthénie avec troubles psycho-nerveux à prédominance cortico-surrénalienne. — *La Vie Médicale*, 19 décembre 1924.
 - Glandes endocrines et fièvre. — Société de biologie, séance du 3 mai 1919.
 - Contribution à l'étude du nervosisme hypothyroïdien. — *Bull. de la Société médicale des Hôp. de Paris*, 15 juillet 1907.
 - Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières. Editions du livre de France, Paris, 1922.

- LUTIKOFF. — Cellulite abdomino-pelvienne. — Thèse Paris, 1911.
- MATHIEU. — OEdèmes rhumatismal (pseudo lipome), symétrique des membres inférieurs et de l'abdomen. — *Archives générales de médecine*, 1885.
- NORSTRÖM. — Migraine. Traitement par massage.
- PAVJOT. — Les cellulites ; leur rapport avec les bacilles hépato-digestifs ; leurs terrains. — *Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet 1926.
- RATHERY. — Classification du rhumatisme chronique. — *Journal médical français*, 15 mai 1913.
- ROCH et FREMMEI. — L'anesthésie locale sous-cutanée dans le traitement des douleurs d'origines viscérales ou séreuses. — *Presse Médicale*, 26 mars 1927.
- ROMANO. — Thèse Paris, 1895.
- STAPFER. — Cellulite et myo-cellulite localisée, douloureuse. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1893.
- Kinésithérapie gynécologique. — Manuel de Kinésithérapie, Alcan.
- Les vagues utéro-ovariennes, Masson, éditeur.
- SAQUET. — Contractures péri-articulaires, crampes, troubles de la sensibilité. Névralgies. Suites de phlébite. — *Gazette Médicale de Nantes*, 1893-94.
- SICARD. — Les sciaticques. — *Mouvement médical*, 1913.
- TELLMY-MAXWELL. — Nodular fibromyositis. — *The Lancet*, 21 janvier 1921, p. 154-158.
- TINEL. — Les algies sympathiques. — *Presse Médicale*, 1922, n° 27.
- Article Névralgies, Nouveau Traité de Médecine.
- ANDRÉ THOMAS et SALAVERT. — Les épreuves de passivité et la crampe des écrivains. — *Paris-Médical*, 1^{er} octobre 1927.
- VALLEIX. — Les Névralgies, 1841.
- WETTERVALD. — Les névralgies (Vigot, Paris, 1910).
- Les cellulites. — *Journal médical français*, 15-9-1913.
- Article : Rôle thérapeutique du mouvement et maladies de la nutrition. Manuel de Kinésithérapie.
- Appendicite, pseudo-appendicite, annexite. — *Archives générales de kinésie*, 1909 (juillet-août).

WEILL (Mlle MARGUERITE). — Points douloureux abdominaux. —
Thèse Paris, 1911.

N.-S. YARDGER. — Chronic rhumatic, Myositis. — *The Lancet*, 31 juillet 1909, p. 292-293.



IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

